PATOLOGIA E TERAPIA

DELLE

MALATTIE VENEREE

PATOLOGIA E TERAPIA

DELLE

MALATTIE VENEREE

DI

F. J. BUMSTEAD

LETTORE SULLE MALATTIE VENEREE AL COLLEGIO DEI MEDICI E CHIRURGHI, NUOVA YORK,
CHIRURGO ALL'OSPEDALE SAN LUCA
CHIRURGO ALL'OSPEDALE OTTALMICO DI NUOVA YORK

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

DEL DOTTOR

CIRILLO TAMBURINI

MEDICO ASSISTENTE PRESSO L'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

CON NOTE ED AGGIUNTE

DEL DOTTOR

AMILCARE RICORDI

CHIRURGO DEL COMPARTO SPECIALE DELLE MALATTIE VENEREE NELL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

VOLUME SECONDO

MILANO
Dottor FRANCESCO VALLARDI, tip.-editore
CON STABIL. DI STEREOTIPIA E DI INCISIONI IN LEGNO
Via di S. Margherita, N. 5.

1864

AL

COMM. SALVATORE TOMMASI

SENATORE DEL REGNO

PROFESSORE DI PATOLOGIA MEDICA

NELLA

R. UNIVERSITA' DI PAVIA

CHE PRIMO

SEGNAVA IN ITALIA

IL NUOVO INDIRIZZO DELLE SCIENZE MEDICHE

AL MAESTRO ALL'AMICO

GRATI E RIVERENTI OFFRONO QUESTO VOLUME

AMILCARE RICORDI

CIRILLO TAMBURINI

INDICE DEL VOLUME SECONDO

PARTE SECONDA

ULCEROIDE, SUE COMPLICAZIONI; SIFILIDE.

Capitolo I.

Capitolo II.

Capitolo III.

Capitolo IV.

Capitolo V.

Capitolo VI.

Capitolo VII.

Capitolo VIII.

Capitolo IX.

Capitolo X.

Capitolo XI.

Capitolo XII.

Capitolo XIII.

Capitolo XIV.

Capitolo XV.

Capitolo XVI.

Capitolo XVII.

Capitolo XVIII.

FINE DELL'INDICE DEL SECONDO ED ULTIMO VOLUME.

PARTE SECONDA

ULCEROIDE,
SUE COMPLICAZIONI, SIFILIDE.

PARTE SECONDA

ULCEROIDE, SUE COMPLICAZIONI, SIFILIDE

CAPITOLO PRIMO

CENNI PRELIMINARI.

La Sifilide appartiene alla classe delle malattie dette d'infezione, i cui segni caratteristici sono i seguenti:

1. La presenza di un veleno o virus, che trasmette la malattia dall'uno all'altro individuo.
2. L'immunità, che dopo un'infezione, resta generalmente contro una seconda.
3. Un periodo d'incubazione, durante il quale il virus è latente e non dà alcuna esterna manifestazione della sua presenza nell'organismo.
4. Un certo ordine e una certa regolarità nell'evoluzione dei sintomi.

Prima di procedere alla considerazione dei varj sintomi della sifilide, giova considerarla sommariamente da ciascuno di questi punti.

VIRUS SIFILITICO.

Quantunque oggigiorno si tenga indubitata l'esistenza di un virus sifilitico, non si mancò però di revocarla in dubbio. [1] I mille e mille innesti riusciti a Ricord ed altri, non che quelli sperimentati ai nostri giorni colla sifilizzazione, più l'esperienza giornaliera d'ogni medico, dimostrano che nella sifilide c'è un elemento contagioso per mezzo del quale si comunica la malattia; e quantunque questo veleno morbifero non sia mai stato scoperto, nè dai sensi, nè dal microscopio, nè dall' analisi chimica, gli effetti però sono tali che non se ne può negare l'esistenza. Un ardente investigatore s'immaginò una volta d'aver scoperto l'essenza di questo principio nascosto; ma il tempo lo smentì e provò il suo errore. Tal principio fu creduto, or di natura caustica, or di natura acida, ed ora di natura alcalina. Didier [2] lo suppose consistere di piccolissimi vermi, costantemente moltiplicati dal processo di riproduzione, propaganti così la malattia; più recentemente Donné lo ritenne derivare dal *vibrio lineola,* animaletto che si osserva di frequente nel pus che fu esposto al contatto atmosferico; il fatto però nega anche quest'ultima supposizione, poichè i vibrioni del pus virulento si uccidono trattando il pus con un acido debole, eppure si mantiene il potere di contagio; più non si osserva nessun animaletto nella materia inoculabile dei buboni virulenti appena aperti, e gli infusorj si ponno osservare in ogni secrezione purulenta esposta da breve tempo al-

[1] Specialmente dai seguenti autori:
BRU, Méthode Nouvelle de traiter les Maladies Vénériennes par les gâteaux toniques mercuriels, T. I, ch. 3, p. 45, Paris, 1789.
CARON, Nouvelle Doctrine des Maladies Vénériennes, Paris, 1811, p. 33.
RICHOND DES BRUS, De la Non-existence du Virus Vénérien, Paris, 1826, T. 1. p. 76.
JOURDAN, Traité complet des Maladies Vénériennes, T. 1, p. 388.

[2] Dissertation Médicale sur les Maladies Vénériennes, 7.ª ed., Paris, 1710.

l'aria. Così pure riuscirono vani anche gli sforzi di Castano [1] nel 1855, per provare che la sifilide dipende dall'introduzione, germinazione e sviluppo di un fungo parassito dentro l'organismo. Così l'elemento essenziale di questa malattia ci restò sempre nascosto, e probabilmente lo sarà sempre, fino a che non saranno molto progredite le attuali nozioni che abbiamo sul principio vitale, e sulla natura della malattia.

V'HA PIU' DI UNA SORTA DI VIRUS SIFILITICO? — L'unità o la dualità della sifilide (poichè ora nessuno può negare che sotto questa denominazione si comprendono più di due affezioni), fu in questi ultimi anni il principale soggetto di disputa nel mondo medico che s'occupa di argomento venereo; è questo un soggetto che richiede una speciale considerazione, per quanto risguarda il restante di quest'opera.

Per lungo tempo, prima della gran rivoluzione che successe negli ultimi dieci anni quanto all'unità o alla dualità del virus sifilitico, la comune osservazione notò che alcuni ulceri, quand'anche non curati, limitavano l'azione loro alla parte dove avevano sede e alle immediate vicinanze, mentre altri erano seguiti da infezione dell'organismo. Il Sig. A per esempio ha un ulcero sul pene e un bubone suppurante all'inguine, ma guariti questi, egli è sano; il Sig. B contrae un ulcero primario, che vien seguito da un complesso di sintomi costituzionali che durano per anni, e che ne infettano anche la prole. Questa notabile differenza si spiegò dicendo, che i due individui sono dotati di una diversa costituzione; il germe è il medesimo in ambidue i casi; ma la particolarità del suolo dove fu piantato, produsse due differenti modi di germinazione; nell'organismo di A c'era un qualcosa di sconosciuto che lo preservò dall'infezione generale; mentre in B questo quid non c' era, e B fu infetto; più si pensò, che se ciascuno di questi uomini comunicasse il suo ulcero a una donna, la lesione primaria di costei sarebbe seguita da sifilide generale o meno, secondo la di

[1] Séance de l'Académie des Sciences de Paris, 26 feb. 1855, Gazette des Hôpitaux, 1855, p. 107.

lei speciale idiosincrasia, indipendentemente dalla sorgente donde venne il virus.

La natura insufficiente di queste opinioni fermò l'attenzione dei medici e nacquero dubbj. Hunter nella Parte VII del suo trattato sulle Malattie Veneree tratta di: Malattie rassomiglianti alla Lue Venerea e che per tale furono prese (Diseases resembling the Lues Venerea, which have been mistaken for it). Ma quantunque ci siano molte dubbiezze ne' suoi scritti, egli sostenne che — non v' ha differenza nelle sorta della materia, e non può nascere variazione alcuna nella malattia, pel diverso grado di forza delle materie; le varietà dei sintomi nelle varie persone dipendono dalla costituzione e dall' abito del paziente. — [1] Anche Abernethy trovossi impacciato nel valutare alcuni fenomeni sifilitici, e specialmente lo sviluppo o il non sviluppo della sifilide costituzionale, dopo piaghe primarie che rassomigliano assai l'una all'altra. Nella sua opera intitolata: Malattie chirurgiche che rassomigliano alla sifilide (Surgical Diseases resembling Syphilis); parlando delle ulcere veneree dice: — Non è che dagli effetti loro sulla costituzione che noi possiamo giudicare quando sono sifilitiche o no. — (pag. 59.)

Carmichael [2] nel 1814, opinò decisamente per la pluralità dei veleni; egli ne ammetteva quattro, e credeva che tutti potessero infettare l'organismo, quantunque alcuni fossero capaci di cura spontanea senza mercurio. Le distinzioni ch'ei ne faceva, riposavano sul carattere dell' eruzione piuttosto che sull' aspetto dell'ulcero, come pare dal seguente sommario:

— 1. L'eruzione squammosa che si manifesta sotto forma di lepra e psoriasi e che termina coll'ulcerazione, è prodotta solo dall'ulcero sifilitico primitivo, caratterizzato dal lento decorso e dall'indurimento dei margini e della base; tanto i sintomi locali che i costituzionali, cedono quasi sempre con certezza e presto all'azione del mercurio.

2. L'eruzione papulosa che termina coll' esfogliazione della cu-

[1] Hunter, on Venereal.

[2] Essay on the Venereal Diseases which have been confounded with Syphilis.

ticula può derivare dall'ulcero piano superficiale, senza indurimento dei margini, come anche dalla secrezione purulenta della superficie del glande o del prepuzio (balanite); od anche dalla blennorragia virulenta; queste diverse sorta della medesima malattia, sono suscettibili di guarigione, o spontanea, o per esterne applicazioni astringenti; la malattia organica che ne deriva è pur essa suscettibile, come la lesione primaria, di guarigione spontanea favorita dall'antimonio e dalle decozioni di legni.

3. L'eruzione pustolosa che termina con ulcerazioni coperte di croste, deriva dall'ulcero fagedenico o gangrenoso. Queste lesioni veneree distinte, nel loro primo stadio, si guariscono meglio trattandole con quei mezzi che abbattono l'infiammazione e la febbre sintomatica, e coi rimedj anodini, quali sarebbero la cicuta e l'opio; nel secondio stadio, le decozioni di legni, l'antimonio, e i sali di mercurio a dosi alteranti; sono giovevolissimi il cambiamento d'aria, e quelle misure che tendono a migliorare l'organismo.

4. L'eruzione tubercolare che termina con ulcerazioni profonde irregolari, in *un esempio solo* derivò da una lesione primitiva la quale, dal modo con cui distrusse la pelle, fu chiamata ulcero perforante. Ma fin tanto che altri casi non concorreranno a dimostrare questo nesso, non si può conchiudere che l'una affezione cagioni sempre l'altra. La cura è la medesima dell'ulcero fagedenico.

5. Le malattie che facilmente si confondono colla sifilide, e che nascono spontanee da una condizione disordinata dell'organismo, assumono spesso la forma di eruzione tubercolare. Ma dopo l'ulcerazione, le piaghe non decorrono così estese, erose ed ostinate, e specialmente coi mezzi consigliati, quanto quelle di origine venerea. Cura: acido nitrico, decozioni di legni, e mercurio a dosi alteranti. —

Queste idee non vennero adottate nemmeno in Dublino dove risiedeva Carmichael: anzi dopo breve tempo si dimenticarono affatto.

Pare che Ricord concepisse pel primo le idee più nette, sulla scoperta ch' era destinata ad uscire dalla sua scuola, da' suoi scolari e seguaci. Mancando di prove in contrario, sostenne, in generale, l'unicità del virus sifilitico, e ne spiegò i diversi effetti basandosi sul campo di cui già dicemmo, delle differenze costituzionali. Victor de Meric assicura che Ricord gli aveva già detto alcuni anni prima: — State sicuro che verrà giorno nel quale si definiranno

due distinte origini per gli ulceri infettanti, e per i non infettanti; — e nella prima edizione delle sue lettere sulla sifilide pubblicata nel 1851 (pag. 257), dove parla degli esperimenti sulla sifilizzazione, dove accenna il fatto che l'innesto della materia di ulceri molli diede sempre ulceri molli, mentre in un caso solo di innesto del pus di un ulcero duro, si ebbe un ulcero duro, aggiunge: — Se questi risultati si otterranno costantemente, bisognerà conchiudere che vi hanno differenze nella sifilide, le quali non dipendono solo dalla condizione individuale su cui agisce la causa, ma da differenze nella causa stessa. —

Con questo breve cenno storico sull'idee che risguardano questa importante questione, s'arriva al 1852, quando si cominciarono le prime armi contro la vecchia dottrina delle discrasie e dei temperamenti; si riuscì ad abbatterla e a stabilire l'altra della dualità del virus ulceroso. A quest'epoca Bassereau, già allievo di Ricord, pubblicò il suo Traité des Affections de le Peau symptomatiques de la Syphilis: è un'opera così originale nei concetti, con tale diligenza di ricerche, che deve essere conosciuta da chiunque voglia spingersi innanzi nello studio delle malattie veneree. Quantunque il titolo non ci indichi che un semplice trattato delle eruzioni sifilitiche, vi si discutono molti altri argomenti che si riferiscono a sifilide, fra gli altri l'unicità o la dualità del virus sifilitico. L'interesse intrinseco e storico delle sue idee e del suo ragionamento, e la mancanza, per quanto io sappia, d'altra analoga esposizione in allora, meritano ch'io ne faccia qui un'ampia citazione. È però necessario il premettere che tale questione, Bassereau la tratta nel capitolo sull'eritema sifilitico; trattando di questo tra i primi sintomi di sifilide costituzionale, s'offre l'opportunità di parlare anche del nesso tra le lesioni primarie e secondarie. I casi di eritema, cui si riferisce spesso l'autore sono 170, escludendone 28, tra i quali, mancando informazioni quanto all'ulcero primitivo, non si potè istituire alcun paragone.

Nel paragrafo decimo del capitolo su questo argomento, intitolato: Recherches des causes qui ont pu déterminer le développement de l'erythème, c'est-à-dire la généralization des symptômes syphilitiques dans l'économie, Bassereau dice: — È un fatto che si ponno contrarre ulceri, o nel coito o in qualunque altro modo di contagio, curarli coi mezzi i più semplici, quindi senz'uso di

mercurio, nè localmente nè internamente, eppure andar esenti da sintomi di sifilide costituzionali per tutto il decorso d' una lunga esistenza. Interrogate i vecchj, e ve ne persuaderete; moltissimi di loro ebbero ulceri, alcuni anche più volte, in loro gioventù; d'allora corsero trenta, quarant'anni, senza che si fossero visti segni alcuni di sifilide, quantunque non si fosse mai fatto uso di mercurio, e quantunque gli ulceri si siano curati nella maggior parte dei casi, coll'unguento semplice, la cenere di tabacco, le fila asciutte o qualunque altro rimedio similmente specifico.

— Così pure non è difficile il trovare individui i quali, sfuggiti agli accidenti di sifilide generale non ostante il ripetersi successivo di ulceri curati con medicatura semplice, alla fine manifestano delle sifilidi, poco tempo dopo aver contratto un ultimo ulcero. Qual'è la causa che può dare all'ulcero un'attività sì diversa? Là un'azione tutta locale, quì un'azione generale sì deleteria all'economia? La soluzione del problema è interessante; ond'è che nell'esame dei casi numerosi d'ulceri ch'ebbi ad osservare, non ho mai trascurata alcuna delle circostanze che potevano spiegarmi il modo d'azione varia di questi ulceri, alcuni dei quali erano rapidamenti seguiti dagli accidenti della sifilide costituzionale, altri sembravano limitare l'azione loro alla parte primitivamente affetta.

— Or esporrò i risultati cui mi condussero le ripetute ricerche sull'argomento. Gli spiriti abituati al rispetto delle idee ricevute, non s'allarmino alla novità delle proposizioni contenute in questo paragrafo; sopratutto non s'affrettino a respingere queste proposizioni. La questione è grave e merita un esame severo; non la si può giudicare nè appoggiati a vaghe memorie, nè appoggiati alle dottrine di tale o tal'altra scuola; non la ponno decidere che osservazioni nuove. Mi rivolgo dunque ai critici di buona fede, e domando loro di aspettare il tempo necessario perchè vengano verificati i fatti che espongo, esaminandoli colla medesima scrupolosa attenzione ch'io impiegai nello studiarli.

— Cercai quale influenza potessero avere le diverse età sulla generalizzazione degli accidenti sifilitici nell'economia; non ne trovai alcuna. Dalla nascita all'età più avanzata, l'uomo spiega pur troppo una triste attitudine a contrarre ulceri, e in ogni età il contagio può esser seguito dai sintomi di sifilide costituzionale. Se l'infezione (vérole) universale, come la chiamavano i medici del secolo

decimosesto, è più comune nei giovani, è perchè la gioventù s'espone maggiormente al contagio.

— Come quella delle età, l'influenza dei sessi è nulla. Quando Nicolò Massa disse che le donne erano più facili al mal francese che non gli uomini, ei non toglieva l'opinione sua dall'esperienza. Credeva che il male si potesse sviluppare spontaneamente, e fra le cause ammetteva una certa costituzione fisica che le teorie umorali dei tempi, facevano considerare come disponente alle affezioni analoghe al mal francese. Si diceva che la malattia era prodotta dall'umore flemmatico, basis morbi humor phlegmaticus. Onde le donne dovevano esservi più soggette degli uomini, poichè le si consideravano di costituzione più flemmatica, cum sint phlegmaticæ.

— Ricord è d'opinione che l'ulcero s'induri meno spesso nella donna. Il che è quanto dire a un di presso, che la donna è meno disposta dell'uomo alla sifilide costituzionale; poichè è facile il dimostrare che le manifestazioni generali di questa malattia, nella maggior parte dei casi, sono precedute da ulcero indurito. Non però credo che Ricord spinga fin là l'induzione. Io per me credo che l'indurimento ulceroso raro nella donna, possa essere solo apparente. L'esame infatti di un ugual numero di ulceri nell'uomo e nella donna, mi diede presso a poco la medesima proporzione di ulceri induriti per l'uno e per l'altro sesso, con questa differenza che, l'indurimento era in generale mal caratterizzato sulla vulva, ed era invece assai pronunciato sul pene. Nel modo stesso che la pelle delle diverse parti del corpo, non è egualmente atta allo sviluppo di molto indurimento; che quella dello scroto e dei corpi cavernosi, per esempio, non è mai sede di ulceri con indurimento sì voluminoso e cartilagineo, come alla pagina interna del prepuzio, nel modo stesso dico, i genitali della donna per la struttura loro, sembrano meno disposti di quelli dell'uomo all'indurimento di un certo grado. Non pertanto, la donna è meno disposta dell'uomo alla sifilide generale. Se il numero delle donne che ne sono affette è minore, è perchè il numero delle donne che s'abbandonano alla licenza, è senza paragone minore di quello degli uomini; onde tutte le sorta di affezioni veneree, e quindi la sifilide generale, sono più rare in esse, e s'avrebbe torto il voler attribuire questo fatto a una particolare disposizione del sesso.

— Così pure non c'è alcuna disposizione idiosincrasica, in virtù

della quale l'ulcero non produce che fenomeni locali in certi individui, mentre in altri infetta rapidamente l' economia. Ne ho la prova in numerosi esempj di individui i quali, dopo aver avuti ulceri semplici a diverse riprese, ne contraggono infine un ultimo che s'indurisce, e tosto è seguito da sintomi costituzionali.

— Risultati sì differenti di due contagi che si ritengono avere il medesimo principio, non si potrebbero forse spiegare con uno di quei cambiamenti di disposizione, sì comuni nell'organismo, in forza dei quali l'uomo non si trova più influenzato nello stesso modo dalle stesse cause, in epoche assai vicine? Senza dubbio che effetti così dissimili, potrebbero dipendere dalla disposizione particolare che c'era al momento del contagio; tuttavia questo modo di vedere non è ammissibile che a danno d'un'altra miglior spiegazione, tanto più che ciò è in contraddizione con quanto noi sappiamo sull'azione delle cause specifiche che tendono costantemente a produrre i medesimi effetti.

— Mi feci a studiare il temperamento e la costituzione di tutti i malati presi da eritema sifilitico, onde trovare se qualcuna di queste modificazioni organiche avesse influenza sullo sviluppo della sifilide costituzionale; tale studio non mi condusse ad alcun risultato. Nei soggetti presi da sifilide eritematosa, osservai quasi indistintamente tutti i temperamenti, sia che volessi riferire questi temperamenti ai tipi moderni, sia che li volessi riferire ai tipi le cui denominazioni riflettono le idee dell'antico umorismo che li creò. Anzi osservai, cosa singolare, che i temperamenti linfatici e nervosi erano in numero minore degli altri, quantunque questo apparente predominio della linfa o del sistema nervoso, sia in genere l'appannaggio delle deboli organizzazioni le quali, pare presentino poca resistenza all'azione delle cause morbifiche. Ond' è che nessun temperamento non lo si può ritenere come disponente in special modo alla generalizzazione dei sintomi sifilitici. L' influenza dei temperamenti, non si fa veramente sentire che nella forma dei sintomi, nel decorso, nella durata, nella maggiore o minor disposizione a cedere o a resistere alla cura.

— Quanto alla costituzione, non ho che a ripetere quanto ho detto or ora dell'influenza dei temperamenti. Nessuna costituzione non dispone in special modo alla sifilide generale; nei soggetti presi da eritema sifilitico, trovai a un dipresso il medesimo nu-

mero di costituzioni forti, di costituzioni medie e di costituzioni deboli.

— L'alimentazione insufficiente o di cattiva qualità, causa sì potente di peggioramento di sintomi sifilitici, l'osservai assai di rado nei soggetti presi da eritema sifilitico, di modo che è impossibile il considerare questa circostanza come causa di sviluppo della sifilide generale.

— Mi feci anche ad esaminare se gli eccessi di vino e di liquori, e gli eccessi di coito e di lavoro, se le veglie protratte poco tempo prima del contagio o nel decorso degli ulceri, possano diventar cause determinanti dell'azione del veleno sifilitico su tutto l'organismo; poichè nelle grandi città non sono rari gli individui soggetti a queste tristi influenze. Non trovai in tali condizioni che un sesto dei malati di eritema. Non si può dunque ammettere, che gli errori di regime siano causa dimostrata di sifilide costituzionale.

— Nè maggiore è l'influenza delle stagioni; in ogni epoca dell'anno, viddi ulceri seguiti da eritema. Solo notai che gli ulceri contratti nelle stagioni calde erano seguiti da sifilide, più presto che non quelli contratti nelle stagioni fredde.

— Queste osservazioni dimostrano assai chiaramente che, nè l'età, nè il sesso, nè le idiosincrasie, nè i temperamenti, nè le costituzioni, nè le cattive abitudini igieniche, nè le stagioni, nè le malattie intercorrenti che abbiano indebolito l'organismo a un'epoca vicina al contagio, non si possono considerare quali cause determinanti della generalizzazione degli accidenti sifilitici nell'economia. Restami però a esaminare un'objezione cui potrebbero attaccarsi que' medici, i quali opinano che la sifilide possa generalizzare i suoi effetti nell'organismo, sotto la sola influenza delle cause comuni delle malattie. Ammettendo dietro le mie ricerche, che su 198 soggetti di eritema sifilitico, se ne trovò un numero troppo piccolo con temperamento cattivo, con debole costituzione, con viziate abitudini di regime, ecc., perchè si possa attribuire a queste circostanze la produzione dell'eritema, questi medici potrebbero nondimeno supporre che, raggruppando tutte queste condizioni patogeniche, invece di produrle ciascuna in particolare, ne risulterebbe una cifra abbastanza imponente, da farne considerare l'azion loro meno dubbia. Tale supposizione però non sarebbe fondata; riunendo infatti tutte queste cause, vedo che si sono verificate 95

volte, cifra che non rappresenta precisamente la metà del numero totale dei malati presi da eritema. Questa cifra perde ancor molto del suo valore, quando si consideri ch'essa non rappresenta il numero di 95 malati, poichè queste condizioni erano ripartite ad una ad una, a due, a tre in diversi soggetti. Ond' è che computando i soggetti che si trovarono in una o più delle precedenti condizioni, invece di considerare il numero delle volte che si presentarono tali condizioni, trovo appena un terzo dei malati d'eritema sifilitico, la infezione generale dei quali si può attribuire a una disposizione dipendente, sia da un cattivo temperamento o da una debole costituzione, sia da un'alimentazione insufficiente o da un eccesso qualunque, sia da una malattia acuta contratta poco tempo prima o dopo il contagio.

— Onde meglio calcolare il valore eziologico di queste influenze, mi feci a ricercare in quali condizioni si trovarono sotto questo rapporto, individui i quali, dopo aver avuti ulceri non offrirono alcun segno di infezione costituzionale, non ostante la mancanza di cura alcuna capace di ritardare o distruggere la disposizione ai sintomi secondarj. Paragonai cento di questi casi a un egual numero di malati presi da eritema sifilitico, e nei primi come nei secondi, trovai a un di presso la medesima proporzione di temperamenti linfatici, di deboli costituzioni, di abitudini igieniche errate ecc., il che venne a consolidare la mia opinione sulla necessità di cercare altrove che in queste condizioni fisiologiche e igieniche, la generalizzazione dei fenomeni sifilitici nell'organismo.

—Esaminai allora se, circostanze relative all'ulcero non avessero parte importante sulla produzione dei sintomi sifilitici, designati col nome di infezione costituzionale; mi feci la domanda, per esempio, se reiterati contagi non potessero disporre a questi accidenti. Or io trovo, che l'eritema sifilitico si manifestò 112 volte dopo varj contagi successivi, e 86 volte dopo un solo contagio. Quantunque la prima cifra sia più alta, non credo che si possa ammettere che gli accidenti primitivi reiterati, sieno causa di generalizzazione di sintomi sifilitici. L'ammettere questa necessità dell'azione cumulativa di un virus perchè possa produrre i suoi maggiori effetti, sarebbe un'idea poco medica. D'altronde, in un certo numero di individui, era corso un tal lasso di tempo tra gli ulceri reiterati, che mi pare difficile attribuire al primo contagio, dichiaratosi con solo

fenomeni locali, un'influenza qualunque sulla manifestazione della sifilide dopo il secondo o il terzo contagio.

— Mi domandai anche se, individui affetti da varj ulceri, fossero maggiormente esposti all'infezione costituzionale di quelli che ne avevano uno solo, e che quindi secernevano del pus contagioso da una superficie minore. Non fu così, perchè di 170 casi di eritema sifilitico, 141 ebbero un unico ulcero, e 29 ne ebbero diversi; ond'io conchiudo che nè il numero degli ulceri, nè l'estensione della superficie che secerne pus contagioso, non si possono annoverare tra le cause di effetti generali nell'organismo, susseguenti a un dato numero di ulceri.

— Questi risultati, hanno una certa analogia colle osservazioni sull'azione del virus variolæ istituite da Kirkpatrick, Dimsdale e Gatti, dalle quali risulta che non v'ha alcun nesso tra il numero dei punti inoculati, e la copia dell'eruzione consecutiva. Girot osservò che quando faceva sei punture, l'eruzione era più discreta e più benigna di quando ne facevo solamente due.

— L'analisi delle osservazioni di eritema sifilitico mostra che la sede dell'ulcero, [1] il grado d'indurimento, e la durata, non hanno alcuna influenza sullo sviluppo della sifilide costituzionale. Quando Boerhaave disse che l'ulcero dei labbri esponeva ad accidenti più gravi di quello d'altre regioni del corpo, pensava che per la finezza dell'epitelio dei labbri, il virus penetrerebbe più facilmente che altrove fino al reticolo di Malpighi, d'onde si andrebbe poi estendendo. Ma l'osservazione non conferma l'opinione di Boerhaave. Qualunque sia il punto dove si fissò l'ulcero, ne possono seguire accidenti costituzionali; questi accidenti non sono niente affatto più intensi quando si manifestano in seguito ad ulceri che hanno sede lontana dagli organi genitali.

— La spiegata tendenza dell'ulcero ad estendersi, pare non favorisca per nulla lo sviluppo delle forme generali della sifilide; ebbi spesso a vedere delle erosioni assai benigne, esser seguite da infezione generale, alla quale sfuggono malati con ulcerazioni primitive a decorso fagedenico.

[1] Quando Bassereau scrisse queste parole, era ancora ignoto il fatto che non si osservarono mai ulceri molli sulla testa o sulla faccia.

— L'ulcero vecchio e quello cicatrizzato in breve tempo, sono seguiti colla medesima facilità dalla sifilide secondaria; ciò che si rileva anche dall'esame di questi 170 casi.

— L'indurimento fu sintomo così frequente in questi ulceri primarj, [1] che non si può a meno di ammettere uno stretto legame tra questo indurimento e l'eruzione che gli tenne dietro. Ma quand'anche fosse dimostrato che tutti gli ulceri precursori della sifilide costituzionale sono induriti, bisognerà sempre dire che l'indurimento è la causa d'infezione di tutta l'economia? Ciò sarebbe un evitare la difficoltà in luogo di scioglierla, poiche resterà sempre a scoprire la causa prima dell'indurimento degli ulceri.

—Mi feci anche ad esaminare, se ci erano rapporti di forma tra i sintomi dei soggetti malati e quelli degli individui che avevan loro comunicato il contagio. Ogni volta, per esempio, ch'io interrogava un uomo con una malattia venerea, non mancava mai di assumere informazioni circa lo stato sanitario della donna che gliel'aveva comunicata. Tali ricerche furono spesso infruttuose. Succede sovente ad uomini, di venir infetti da donne che non rividdero più dopo il giorno del contagio, e delle quali ignorano il nome e la dimora; altri, ebbero rapporti con varie donne nei giorni che precedettero il comparire del sintomo primario, onde la sorgente del male resta dubbia. Altri ancora, rifiutano di dare informazione alcuna sulla persona che loro comunicò la malattia venerea.

— Si danno però dei casi, nei quali si riesce a raffrontare i sintomi sviluppati in diversi individui che si comunicarono successivamente il contagio.

— Spesso, potei visitare la donna che aveva infettato il mio paziente. M'accadde anche di veder riuniti nell'ospedale dei venerei due, tre, ed anche un maggior numero di uomini, i quali avevano contratto la loro malattia dalla medesima donna, nello stesso giorno, o a qualche giorno di distanza. Ebbi anche ad osservare più d'una volta il marito, la moglie e i figli, ammalati di sifilide, il qual morbo s'era introdotto nella famiglia per mezzo di uno dei membri.

—Questi confronti ripetuti di individui che si infettarono l'un l'altro, furono intrapresi allo scopo di determinare, ciò che sia conta-

[1] Dei 170 ulceri, 157 erano induriti, in 13 l'indurimento era dubbio.

gioso in sifilide, e che non lo sia; e per mostrare qual sintomo possa succedere a un altro, e quali modificazioni subisca un medesimo sintomo, trasmettendosi successivamente ad individui d'altro sesso e d'altro temperamento; or bene, questi confronti mi condussero alla scoperta della causa misteriosa in virtù della quale gli ulceri, ora sembrano limitare tutta l'azion loro al punto di contagio e ai ganglj più vicini, ed ora generalizzano i loro effetti sull'economia, e vengono rapidamente susseguiti dai sintomi conosciuti col nome di sifilide costituzionale.

— Or ecco raccolte in proposizioni generali i risultati cui io sono arrivato raffrontando, non solo gli ammalati di eritema, ma anche quelli con ulceri ed erosioni sifilitiche di varie forme, cogli individui che loro ebbero comunicato la malattia.

— Confrontati tutti coloro che ebbero ulceri seguiti da accidenti costituzionali, con quelli che loro hanno comunicato contagio e con quelli cui essi l'hanno trasmesso, ne risulta che tutti costoro senza eccezione ebbero ulceri, e in seguito, accidenti costituzionali. L'ulcero in loro non si limitò mai ad una azione puramente locale.

— Paragonati d'altra parte, coloro affetti da ulceri che non determinarono alcun sintomo di sifilide generale, con coloro che li infettarono o che furono da loro infetti, trovasi che i soggetti di queste due ultime serie, senza eccezione, sono egualmente affetti da ulceri che limitano l'azion loro al punto primitivamente contaminato.

— Così un ulcero seguito da accidenti costituzionali, non dà mai luogo a un ulcero puramente locale, nè un ulcero locale non può per contagio comunicare un ulcero seguito da sintomi generali di sifilide.

— Questi fatti di osservazione costituiscono, per la regolarità colla quale si riproducono, una legge alla quale non ebbi mai incontrate che apparenti eccezioni, e che può formularsi così:

— *Ogniqualvolta un individuo ha un ulcero, poi dei sintomi di sifilide costituzionale, tale generalizzazione dei fenomeni sifilitici dipende innanzi tutto da ciò, che il soggetto dal quale il malato venne infetto, aveva esso pure un ulcero che dovette necessariamente esser seguito da accidenti costituzionali.*

— La storia speciale degli eritema sifilitici, fornisce esempj nume-

rosi, convenientissimi, a dimostrare la verità della legge che esponemmo.

— Il numero dei malati d'eritema sifilitico, dei quali raccolsi le osservazioni, ascende a duecento. Nel corso di trentaquattro anni, mi fu possibile di confrontare i soggetti di eritema sifilitico con quelli che li avevano infettati, e qualche volta anche con quelli ch' essi avevano infettati alla lor volta. Trentun volte, giusta la legge che ho stabilita, tutti i soggetti confrontati presentavano sintomi della medesima natura; ebbero, senza eccezione, degli ulceri seguiti da accidenti costituzionali. Solo tre volte, uno dei due soggetti confrontati, sembrò far eccezione alla legge, perchè dopo l'ulcero non si manifestarono sintomi d'infezione generale; ma l'indurimento dell'ulcero primitivo diceva chiaramente, che l'eccezione non stava che in apparenza; la cura mercuriale d'altronde, che si incominciò subito dopo la presenza del sintomo primitivo, spiegava sufficientemente l'assenza o solo il ritardo dei sintomi costituzionali della sifilide in questi tre casi. —

Stabilita così coll'esperienza clinica l'immutabilità di questi due ulceri, bisogna necessariamente ammettere ch'essi costituiscono due specie. La questione sta ora nel determinare se essi abbiano qualche relazione fra loro. Una delle due: o il virus in ciascuna specie è il medesimo, ma assai più intenso nell'una specie che nell'altra; o vi debbono essere due veleni totalmente e radicalmente distinti.

Due anni dopo la pubblicazione dell'opera di Bassereau, Clerc [1] altro allievo di Ricord, accolse la prima di queste due supposizioni; egli sostenne che il virus dell'ulcero molle era una modificazione di quello dell'ulcero duro; per lui, il primo ha la medesima relazione col secondo come l'ha il vajoloide col vajolo e la pustula vaccina colla vera; dietro quest' idea, si diede al primo il nome di ulceroide (chancroïde); per la seconda sorta di ulcero solamente, si tenne il nome di ulcero (chancre). Tale modificazione dipende secondo Clerc, dal passaggio del virus attraverso l' organismo di una persona già sotto l'influenza della diatesi sifilitica; il veleno, cambiato materialmente per tal modo nella sua natura, è capace

[1] Mémoire du Chancroïde syphilitique. Paris, 1854.

di indefinita trasmissione per contagio, senza poter riprendere la originale facoltà di infettare l'organismo; precisamente come la falsa pustula vaccina può qualche volta [1], non sempre, essere innestata da un individuo all'altro senza preservare dal vajolo, o in altre parole, senza esercitare influenza alcuna sull'organismo.

La teoria di Clerc era sufficiente a spiegare tutti i fenomeni fin qui stabiliti nella citazione del Bassereau; restano solo a dimostrare coll'osservazione diretta, se o no la trasmissione del virus sifilitico attraverso un organismo già infetto, produrrebbe questa tal modificazione nella sua natura. Quando comparve il saggio del Sig. Clerc, mancavano gli opportuni fatti a determinare questo punto; fatti che emersero poi, e provarono che questa teoria era senza fondamento. Molte volte, un individuo affetto da sintomi o da diatesi di sifilide costituzionale, contrae un ulcero da una donna affetta da un ulcero infettante; quantunque in tali circostanze, come vedremo appresso, l' ulcero dell' uomo rassomigli assai nell'aspetto a un ulcero molle, pure comunicato ad una terza persona senza lue costituzionale, se ne avrà un ulcero duro e la sifilide generale. Ecco in tal modo che noi abbiamo una prova sicura che non succede tal modificazione, come asserisce Clerc; ond'è che la sua teoria fu abbandonata al presente, quantunque si sia ritenuta convenzionalmente l'espressione chancroïde, per distinguere l'ulcero non infettante dall'ulcero infettante. [2]

[1] La teoria di Clerc è insufficiente nelle sue analogie, come anche perchè manca di prova diretta, giacchè la falsa pustula vaccina non si perpetua sempre così; non mancano prove in buon numero — citate da Fournier (Leçons sur la chancre, p. 168) — per dimostrare che il vajoloide può dar origine a vajolo e viceversa in soggetti non preservati dalla vaccinazione o da precedenti decorsi di simil morbo. L'assunto perdurare di queste forme di malattia non lo si può sostenere.

[2] Non si saprebbe comprendere, come il Clerc si dichiari dualista dopo aver esposta la sua teoria. Se l'ulceroide è una figliazione, una degenerazione dell'ulcero infettante, è necessario il convenire che ambedue le specie di ulceri derivino da un'unica fonte. Il Clerc credette di fondare questa sua teoria anche in appoggio della storia, perchè dice che, i medici esistenti al comparire della sifilide in Europa, osservarono e descrissero l'ulceroide consecutivamente all'indurito. — « Les premiers médecins qui ont observé la Syphilis n'ont donc pas dû connaître le chancre simple, et sa complication si fréquente, le bubon suppuré. — »

Quanto sia falsa questa opinione, è facile il comprendere quando si dia

Bassereau ritiene, che la prima delle due proposizioni esposte rappresentata solamente dalla teoria di Clerc, sia affatto da rigettarsi, mancando d'ogni prova in suo favore; egli invece s'appiglia alla seconda proposizione, che cioè il virus dell'ulcero molle è radicalmente distinto da quello dell'ulcero duro. Con un attento studio degli antichi scrittori di medicina, si troverebbe d'appoggiare tale opinione; si troverebbe che gli ulceri venerei semplici furono conosciuti fin dai primi tempi dei quali s'ha memoria; che l'ulcero duro e i conseguenti sintomi costituzionali, furono osservati per la prima volta sullo scorcio del secolo decimoquinto durante l'epidemia in Italia; e che per venti o trent'anni di poi, queste due sorta di ulceri non si confusero mai; la dualità del virus ulceroso non è quindi una scoperta moderna, bensì familiare a coloro che furono testimonj del primo irrompere della sifilide in Europa. Nel capitolo d'introduzione di quest'opera, diedi già una relazione estesa di queste ricerche storiche, confermate da Langlebert e Chabalier; or non farò che ridestare la memoria del lettore, esponendo le conclusioni cui arrivò il Bassereau.

— Leggendo gli antichi e i moderni autori che scrissero sulle malattie degli organi genitali, troviamo che la blennorragia, gli ulceri, i buboni, e le vegetazioni, sono citati fin dagli ultimi anni del secolo decimoquinto come malattie che richiedono solo una cura locale; al di là di quest'epoca, non si fa il più piccolo cenno di sintomi alcuni, susseguenti a malattie degli organi genitali. La fine del secolo decimoquinto, secondo tutti gli autori contemporanei, fu segnata dal venir in scena d'una nuova malattia. Tal malattia cominciò con ulceri *induriti* sugli organi genitali, tosto seguiti da

uno sguardo storico retrospettivo, (vedi l'introduzione); dal quale risulterà a chiare note come l'ulcero contagioso delle parti genitali, fosse conosciuto e descritto col bubone fino dalla più remota antichità, mentre invece l'infettante apparisse come affatto nuovo sul finire del 1400, e come esso andasse confuso col secondo verso il 1530, epoca nella quale fu inaugurata la teoria della dualità adottata poi tradizionalmente dai medici del secolo 16°, 17° e 18°, e formulata nelle opere di Thierry, Nicola di Begny e Musitano. Si è dunque nella diversa origine delle due specie di ulceri che la teoria del dualismo ha trovato valido appoggio, che l'uniteismo ha sempre schivato di combattere.

A. Ricordi.

eruzioni pustulari su tutto il corpo, e da dolori atroci nella testa e nelle membra. I medici che furono testimonj oculari della nuova malattia, non confusero in principio gli ulceri callosi coi quali incominciava, cogli ulceri degli organi genitali già da un pezzo conosciuti. Anzi queste due specie di ulceri, occupano nei loro libri capitoli separati, ed anche libri separati. Ma, venti o trent'anni dopo la comparsa della sifilide in Europa, molti medici non conoscendo, come quelli che furono testimonj del primo irrompere, in qual guisa distinguere i sintomi coi quali incominciava la nuova malattia, da quelli che non avevano relazione alcuna con essa, presero a poco a poco l'abitudine di sottomettere alla cura mercuriale, senza distinzione, tutte le persone affette da gonorrea, da ulceri, da buboni; diventò anzi di pratica comune il dare mercurio, non solo all'intento di modificare gli esistenti sintomi sifilitici, ma anche in via profilattica contro sintomi futuri, appena si manifestavano i primi segni di contagio. La confusione che regnava in pratica, non tardò a prendere luogo anche nelle opere di allora; gli scrittori sulla sifilide a metà del secolo decimosesto, compresero uno ad uno sotto il nome di sifilide, tutti quei sintomi venerei noti fin dalla più remota antichità, quei sintomi stessi che i medici degli ultimi anni del secolo decimoquinto, ebbero cura di distinguere e separare dai sintomi della nuova malattia.

Ritornata così l'attenzione degli uomini dell'arte all'importante argomento dell'unità e dualità del virus ulceroso, tosto altri osservatori s'accinsero a confermare coll'opera loro le osservazioni di Bassereau, e vennero in luce nuovi fatti, tutti tendenti a questo medesimo scopo. Nel 1856, Dron[1] raccolse centoundici esempj di confronto, compresi quelli di Bassereau relativi all'ulcero duro; quelli di Clerc riguardo all'ulcero molle, ed altri relativi ad ambedue le varietà, forniti da Diday, Rollet, Rodet e Fournier; in tutti senza eccezione, il tipo dell'ulcero restò inalterato passando da un individuo all'altro. Fournier e Caby sotto la sorveglianza di Ricord, fecero ulteriori investigazioni e col medesimo risultato; essi ebbero la fortuna di potersi giovare dell'Hôpital du Midi per gli uomini, dell'ospedale St. Lazare per le donne, e della vigilanza

[1] Du double Virus syphilitique, thèse de Paris, 1856.

della polizia francese. Queste osservazioni furono pubblicate con ogni particolarità da Fournier nella sua edizione delle Leçons sur la chancre di Ricord, [1] come anche in una memoria intitolata: Recherches sur la Contagion du Chancre [2]; vi si comprendono novantanove casi di trasmissione d'ulcero infettante, e trentanove di ulcero non infettante. L'importanza di molti di questi casi fu materialmente accresciuta pel fatto, che due o più uomini furono contaminati dalla medesima donna; e così la testimonianza in favore della dualità del virus ulceroso venne ad esser moltiplicata. In un esempio, due amici godettero i favori della medesima donna che aveva un ulcero infettante; ciascun di loro prese un ulcero infettante seguito da sintomi costituzionali; il padre d'uno di loro, vecchio di settantatre anni, ebbe relazione coll' amante di suo figlio e s'ebbe il medesimo acquisto. In un altro, sei persone furono infettate alla medesima fonte, e le conseguenze furono identiche in ciascuno dei sei, cioè ulceri infettanti e segni costituzionali. Lo stesso, dell'ulcero semplice o non infettante; in diversi dei casi di Fournier, due, tre, quattro uomini con ulceri semplici, si trovano nel medesimo tempo nelle sale dell' Hôpital du Midi, e ciascuno di loro ripete il suo contagio dalla medesima donna; la quale esaminata, si trova affetta dalla medesima specie di ulcero primario; in nessuno comparve alcun sintomo costituzionale per alcuni mesi, durante i quali si continuò l'osservazione. [3]

Fin qui le ricerche di Fournier, puramente confermano le osservazioni di Basserau, poichè si riferiscono sempre alla trasmissione di ulceri primarj fra persone esenti da precedente lue sifilitica. Resta a provare qual effetto si produca, se pur c'è, in ciascuna specie di ulcero, quando lo si comunica a un organismo già sotto l'influenza della lue sifilitica. Anche Fournier prese a sciogliere tal questione; egli trovò, riguardo all'ulcero semplice, che l'ulcero non si modificava per nulla: che se, per esempio, una donna con

[1] Paris, 1858.

[2] Paris, 1857.

[3] E già prima degli autori qui citati, Bell osservava il caso d'una donna la quale aveva trasmesso successivamente a varj individui, degli ulceri della medesima specie.

A. Ricordi.

un ulcero semplice lo comunica a un uomo, la cui costituzione sia già infetta dal virus della vera sifilide, e questi la comunica a una donna esente da tal lue, l'ulcero finale non sarà per nulla cambiato, in forza dell'infezione generale dell'uomo per mezzo del quale fu trasmessa. Questo risultato lo si poteva predire assai prima, considerando la distinta natura delle due specie di virus, nessuna delle quali influenza l'altra direttamente, precisamente come la sifilide non altera il corso della blennorragia e viceversa.

Quanto all'ulcero duro o infettante, i risultati furono ancor più nuovi ed interessanti. Un ulcero di questa specie, comunicato a un individuo già infetto da sifilide, non presenta i suoi soliti caratteri; non c'è l'indurimento specifico, ma c'è l'indurimento dei vicini ganglj linfatici; insomma rassomiglia tanto a un ulcero molle comune, da non poternelo distinguere per nessun segno esterno. Se però quest'ulcero (che pare un ulcero molle, ma che è in fatti un ulcero duro modificato dall'infezione costituzionale della persona che lo porta), vien comunicato a una terza persona che non ha infezione costituzionale, riassumerà i suoi caratteri soliti, diventerà indurito, accompagnato dall'indurimento dei ganglj linfatici lì vicino, e seguito da segni generali di sifilide.

L'evidenza che sostiene questo dato riguardo all'ulcero infettante, è sufficiente: quantunque tal'evidenza non raggiunga ancor quella che si riferisce alla trasmissione degli ulceri fra individui senza infezione costituzionale; poichè è raro che si arrivino ad esaminare dei fatti che possano sciogliere la questione. In primo luogo, è rarissimo che il virus di un ulcero infettante agisca su un individuo già infetto; poichè avuta una volta la sifilide se ne resta preservati anche contro le manifestazioni locali del veleno, precisamente come la vaccinazione resta senza effetto su un organismo che fu già imbevuto dal virus vaccino o vajoloso; in secondo luogo, supposto che si verifichi il contagio, la malattia deve ancor essere comunicata a una persona che fu sempre esente da lue costituzionale. Questi requisiti numerosi e complessi, si trovarono tutti riuniti in sette casi; Cullerier [1], Melc. Robert, [2] e Diday [3] ne osser-

[1] Fournier, Contagion du Chancre, p. 57.
[2] Dron, Tesi già citata.
[3] Annuaire de la Syphilis, anno 1858, p. 277.

varono uno cadauno; Fournier e Caby quattro; ciascun di costoro concorre a dimostrare che, al contrario della teoria di Clerc, il virus di un ulcero infettante non viene modificato coll'essere trasmesso ad un organismo già infetto, e che quantunque dia luogo ad un ulcero in apparenza identico all' ulcero molle, i suoi attributi essenziali sono inalterati.

Altro argomento cui Fournier diresse la sua attenzione fu questo: se l'ulcerazione fagedenica di un ulcero dipenda da qualche specialità inerente al virus; questione cui il raffronto dei pazienti risponde in modo negativo. L'origine del processo fagedenico è probabilmente complesso, in qualche caso lo si può attribuire ai principj nocivi del primario pus di contagio; più spesso a cachessia costituzionale dell'individuo, qualche volta ad ambedue queste cause combinate; ma, senza addentrarci di più in questa eziologia, basta al nostro scopo presente il dire, che il virus degli ulceri fagedenici non è una specie distinta, in quantochè questa forma di ulcero può aver avuto origine, tanto da un ulcero semplice, quanto da un ulcero infettante.

I risultati ottenuti fin qui, paragonando i sintomi di quelli che danno e di quelli che ricevono ulceri primarj, si possono riassumere nelle seguenti proposizioni:

1. Fra persone che non hanno precedente infezione, ciascuna delle due specie di ulceri vien trasmessa come della specie cui appartiene: l' ulcero semplice come un ulcero semplice, limitato nell'azion sua alle vicinanze della sede; l'ulcero infettante come un ulcero infettante, seguito da manifestazioni costituzionali.

2. Un ulcero primario a fondo molle e non accompagnato da indurimento dei vicini ganglj linfatici, in soggetto già infetto da sifilide, comunicato a persona esente da infezione, darà luogo a un ulcero duro o molle, secondo la natura del virus che occasionò il primo accennato ulcero.

3. Il virus dell'ulcero non infettante, è distinto da quello dell'ulcero infettante.

4. Il fagedenismo di un ulcero non dipende da una differenza specifica nel virus.

Esaminando i lavori di chi s'occupò di questo argomento, troviamo che la dualità del virus ulceroso, fu stabilita press'a poco al modo stesso col quale i naturalisti determinarono l'identità di spe-

cie nei regni animale e vegetale, cioè basandosi sull'immutabilità di certi tratti nelle generazioni successive. A base d'ogni classificazione in storia naturale, sta l'immutabilità della specie; è la pietra su cui si edifica il resto. Quantunque nel disporre le proteiformi malattie, non ci sia dato di seguire le medesime leggi cui si ha di mira in storia naturale, pure sta il medesimo principio, applicabile sì all'uno che all'altro scopo, anzi giova ancor più trattandosi di morbose manifestazioni, pel fatto della loro generale incostanza. I tratti caratteristici, sull'immutabilità dei quali riposa la dualità del virus ulceroso, segnano da una parte il limite dell'azione puramente locale di un ulcero, e dall'altra la sua necessaria influenza sull'organismo; nessuno può negare che, provato che questi segni siano costanti, bastano a stabilire una distinzione di specie.

Bisogna osservare che la forma esterna degli ulceri primarj, non è elemento che entri in questa considerazione. La prova sarebbe egualmente valida, quand'anche si potesse dimostrare che le due specie di ulcero, non si possono mai distinguere per nessun segno esterno. Basta stabilire il fatto che l'azion del virus, in una serie di casi è locale, in un'altra è generale. Molte volte i naturalisti fondano le loro classificazioni delle specie, su differenze limitate a un periodo solo di un'esistenza. Molte specie si rassomigliano assai nei primi periodi della vita animale, ma sono poi affatto dissimili fra loro, fatti adulti. Agassiz derivò il sistema più corretto di classificazione, dallo studio della sola embriologia. Quantunque l'ulcero molle e l'ulcero duro presentino spesso, come vedremo più innanzi, delle differenze riconoscibili colla vista e col tatto, le si devono considerare addizionali, ma non essenziali, evidenza della distinta natura delle due forme; e quando mancano, come succede qualche volta, fors' anche sempre quando il virus di un ulcero duro si fissò in un organismo già infetto, ciò non lede la prova dell'esistenza di due sorta di virus ulceroso.

Questa nuova dottrina, la quale, come mostrò Bassereau, non è che una dottrina vecchia ritornata in luce, pare a me che occupi una posizione sicura. I soli confronti degli osservatori che accennammo ascendono a 137, e in nessuno di questi casi si notò scambio alcuno tra le due forme di ulceri. Quasi ogni medico può persuadersi della verità di questa dottrina, coll'osservazione per-

sonale; osservi solo i casi non rari, di un marito che comunichi un ulcero alla moglie di indubitabile fedeltà, e troverà che *ambedue*, o avranno o non avranno infezione costituzionale. Così ognuno può contribuire per parte sua, alla statistica di questo interessante argomento. Quanto a me, in un esteso campo d'osservazione, per dieci anni di pratica, non viddi mai esempio di scambio fra le due specie di ulcero, e posso ricordare quattordici casi (sei di ulcero semplice, otto di ulcero infettante), nei quali la trasmissione di ciascun ulcero nella sua specie fu indubitabile.

Progredendo con ricerche di tal sorta, bisogna però guardarsi dalle fonti di errore: verificate il fatto che la persona supposta, sia realmente quella che comunica la malattia; assicuratevi che nè l'uomo nè la donna non furon mai prima infetti, perchè diversamente o lui o lei, non sono atti a ricevere una seconda infezione; non dimenticate l'influenza d'una cura mercuriale a prevenire, più spesso a ritardare manifestazioni costituzionali. E non è il solo mercurio che possa ritardare l'apparire dei sintomi secondarj; si può avere il medesimo effetto da una cura di ioduro di potassio, dai sudoriferi, e da altri rimedj che riattivano le secrezioni.

L'importante argomento che ci occupò, ci suggerisce molte considerazioni: stretti dalla brevità dello spazio non faremo che accennare le tracce, per così dire, di alcune.

1. L'esistenza di due specie di virus ulceroso, non implica l'esistenza di due specie di virus sifilitico. L'espressione: sifilide, comprende una malattia locale non solo, ma anche generale; condizioni cui adempie il solo ulcero duro co' suoi susseguenti sintomi costituzionali. L'ulcero molle e l'unito bubone, propriamente parlando, non si dovrebbero comprendere nella sifilide, ma si avrebbero a descrivere a parte come la blennorragia. Sarebbe bene altresì, che s'avesse da adottare un altro nome per questa sorta di ulcero, come per esempio l'espressione: ulceroide (chancroïde), già assai in uso presso i francesi, e che noi adopereremo spesso nelle seguenti pagine, qual sinonimo di ulcero molle, ulcero non infettante. Tale completa separazione però di queste due forme, nel descrivere gli ulceri e i sintomi che li accompagnano, ai nostri giorni potrebbe venir combattuta, in quantochè non a tutti è familiare la nuova dottrina in proposito; ond'io seguirò il metodo solito e li descriverò insieme.

2. La distinzione ora tracciata tra l'ulcero non infettante e l'ulcero infettante, spiega per molta parte la divergenza d'opinione che durò per assai tempo quanto alla cura, tra i mercurialisti e i non mercurialisti. Essendo l'ulcero molle una malattia strettamente locale, non c'è indicazione alcuna di rimedj costituzionali, fuorchè in casi eccezionali, per favorire la cura locale. Il mercurio non è indicato che nei casi di ulcero duro e di sifilide generale. Poichè il numero degli ulceri molli sorpassa d'assai il numero degli ulceri duri, egli è evidente che i risultati generali della cura mercuriale, se applicata esclusivamente ad ambedue le forme in comune, varranno a sostenere l'uso o il disuso del mercurio.

3. Il paragone fra i tre veleni della blennorragia, dell'ulcero molle, e dell'ulcero duro, per quanto noi possiamo intendere della natura loro, conduce alle seguenti conclusioni.

La sola proprietà comune a tutti e tre è la contagiosità, quasi sempre mediante contatto degli organi genitali.

Il veleno della blennorragia e dell'ulceroide sono simili, in quanto l'azione loro è limitata e non si estende mai a tutto l'organismo, nè avutili una volta ci preservano di contrarli una seconda; differiscono, in quanto il veleno della blennorragia può sorgere spontaneo; non così quello dell'ulceroide, per quanto noi sappiamo; la blennorragia affetta specialmente la superficie (è raro che vi si osservi ulcerazioni), e nelle sue complicazioni, prende più sovente parti connesse alla sede originale della malattia mediante una superficie *mucosa* continua, quali sarebbero la prostata, la vescica, il testicolo; mentre al contrario, l'ulcero molle è una piaga che interessa tutto lo spessore dell'integumento e della membrana mucosa, e le sue complicazioni hanno sede nei vasi *assorbenti* e nei ganglj. Pare altresì che i veleni di queste due affezioni siano limitati ad un comune veicolo, il pus. Van Roosbroeck sull'autorità di Rollet, provò coll'esperimento, che se la secrezione dell'ottalmia blennorragica, fosse privata dei globuli del pus colla filtrazione, il fluido restante sarebbe innocente; e Rollet dice d'aver ottenuto risultati analoghi col pus di ulceri molli. Volendosi appoggiare a questi esperimenti, essi provano che il virus non è diffuso a tutta la secrezione purulenta, ma si limita ai globuli del pus contenutovi. Questa conclusione è sostenuta dal fatto che, nè il veleno della blennorragia, nè quello dell'ulceroide, non

raggiungono mai la circolazione generale; è abbastanza noto che i corpuscoli del pus non ponno venir assorbiti. Quando la materia purulenta di un ulcero molle penetra nei vasi assorbenti, come succede nel formarsi del bubone virulento, vien arrestata dal primo plesso di ganglj linfatici, e non va più in là. La tintura usata nel tatuaggio, vien qualche volta portata in simil modo in un ganglio; [1] ma nè in questo nè nell'altro caso, non c'è completo assorbimento. [2]

Solo il virus dell'ulcero duro può infettare tutto l'organismo, e preservare colla sua presenza, da una seconda infezione. A differenza dei veleni della blennorragia e dell'ulceroide, non si limita alla materia purulenta, ma è nel sangue, nei fluidi di lesioni secondarie, nel seme, e probabilmente anche in altre secrezioni. La secrezione d'una delle forme dell'ulcero duro (la varietà superficiale), come lo dimostra l'esame microscopico, è spesso affatto priva di globuli di pus; [3] la contagiosità dei sintomi secondarj, prova la presenza del virus in essi; la sifilide ereditaria nei figli quando il solo padre è infetto, prova la presenza del virus nel seme.

Non v' ha opposizione reciproca tra questi tre veleni; possono stare insieme nella medesima persona, la quale può avere al tempo stesso, blennorragia, ulceroide, ulcero duro; ed ecco in qual modo si può spiegare il caso riferito da Acton nel quale, cia-

[1] Virchow diede una bella tavola, rappresentando il deposito di materia pigmentaria nella ghiandola ascellare di un braccio tatuato, e descrive in questo modo il processo d'assorbimento. — Un certo numero di molecole penetrano nei vasi linfatici; non ostante il loro peso vengono trasportati dalle correnti della linfa, arrivano alle ghiandole linfatiche più vicine dove si separano per filtrazione. Non si osserva mai che queste materie vengano trasportate al di là delle ghiandole linfatiche, nè che trovino adito a punti più lontani, o che in qualsiasi modo si depositino nel parenchima di organi interni. — VIRCHOW, Patologia cellulare. Cap. IX.

[2] ROLLET, De la Pluralité des Maladies Vénériennes, Gaz. Méd. de Lyon. N.º 8, 1860.

[3] H. Lee, crede che l'ulcero infettante sia sempre un ulcero affetto da infiammazione adesiva specifica, e, *a meno che irritato*, senza globuli di pus. Di 93 casi esaminati col microscopio al King's College Hospital, in nessuno si trovò secrezione purulenta (Medico Chirurgical Transactions, Vol. XLII, p. 40.)

scuno di tre studenti contrasse una di queste malattie nell'amplesso della stessa donna, nello stesso giorno. Due di questi veleni ponno esser presenti nel medesimo fluido, come quando la secrezione di un ulcero duro o di un ulcero molle si mescola a quello della blennorragia; oppure come nell'ulcero misto, risultante dall'inoculazione sulla medesima parte, o nel medesimo tempo o successivamente, del virus dell'ulceroide e di quello dell'ulcero duro. La secrezione dell'ulcero molle e dell'ulcero duro e conseguenti sintomi secondarj, può mescolarsi ad altri veleni animali, per esempio al virus vaccino; ciascuno di loro dà i suoi effetti soliti, senza che la presenza dell'uno modifichi quelli dell'altro.

Nella pratica della sifilizzazione, si trovano alcune apparenti eccezioni alle norme or stabilite; ne riparleremo in altro capitolo.

La severità dei sintomi della sifilide, al suo primo apparire sullo scorcio del secolo decimoquinto, paragonato alla maggior benignità degli stessi al giorno d'oggi, lasciano credere che il virus sifilitico vadi perdendo a poco a poco di intensità, nel modo istesso che il virus vaccino, credesi diventi più debole dopo averlo tolto molte volte successivamente dalla pustola. Questo fatto fu accennato da Astruc a metà dello scorso secolo; egli dice: — Qualunque sia stato in principio il potere e l'efficacia della malattia venerea quand'era recente e in vigore, quando il veleno indiviso era in violente effervescenza, io credo non vi sia or nulla a temere di consimile, essendochè la malattia è diventata debole, vecchia, e la sua forza è ormai quasi spenta. — Altri scrittori, dicono che il virus sifilitico mantenga il suo potere, ma che quelli che hanno avuta una volta la malattia, trasmettino alla posterità un influenza preservativa, come alcuni vegetali a poco a poco sprovvedono il suolo su cui nascono, e l'esauriscono dei materiali necessarj alla loro vita.

V' hanno altre considerazioni relative al virus sifilitico, come per esempio, le circostanze che accompagnano l'effettuarsi del contagio nelle forme sì primarie che costituzionali della malattia; ne parleremo trattando degli ulceri e della sifilide secondaria.

La Sifilide costituzionale raramente occorre piu' di una volta nella medesima persona. — Egli è ora evidente che l'ana-

logia, riconosciuta nel principio di questo capitolo, tra sifilide ed altre malattie contagiose, è esclusivamente applicabile, tranne dove risguarda la presenza di un virus, all'ulcero infettante, e alla malattia costituzionale della quale l' ulcero è il sintomo iniziale. L'altro punto di rassomiglianza è l'immunità che una prima infezione generalmente conferisce contro una seconda.

È un fatto, che una persona ch'ebbe una volta una malattia contagiosa costituzionale, è *indisposta* a contrarla una seconda volta. Il vajolo, la febbre scarlattina, il morbillo, l'ipertosse e la vaccina, seguono tutti questa legge; e nelle rare eccezioni che si verificano qualche volta, i sintomi sono così modificati, da provare ancor più l'influenza preservatrice lasciata dalla prima infezione. Ricord fu il primo (1839) che applicò questa legge alla sifilide; ed ora, non ostante l'abbiano sì spesso negata, la si ritiene fuor di dubbio. È necessario qualche spiegazione sull'espressione: *unicità* della sifilide, come fu chiamata dal suo scopritore.

Gli ulceri molli, come la blennorragia, come il favo, e la scabie, sono malattie contagiose ma non costituzionali, e avutole una volta, non se ne resta preservati contro una seconda. Lasciando da parte per ora, i fenomeni della sifilizzazione, i quali come vedremo si possono anche spiegare su altro terreno, un individuo può contrarre più volte un ulcero molle. È altresì compatibile colla legge dell' — unicità, — che il vero virus sifilitico sia capace di produrre un ulcero su un organismo già prima infetto; quantunque in molti casi, non succeda effetto alcuno quando il virus vien deposto sotto l'epidermide, come lo dimostra l'inoculazione artificiale. Però certe volte l'innesto succede; e si hanno esempj in pratica nei quali, una persona già infetta, presenta un ulcero derivato da una piaga primaria del tipo infettante; in pressochè tutti questi casi però, non presenta i soliti tratti di un ulcero duro; manca l'indurimento, manca il bubone indurito, e soprattutto, manca ogni effetto sull'organismo in generale. Alla stessa guisa, il virus vaccino dà qualche volta una pustula imperfettamente sviluppata o falsa, in un organismo già preservato contro la vaccina.

Pertanto, l'immunità che si dice conferita da un infezione sifilitica, si riferisce solo alla malattia costituzionale compreso l'ulcero duro nel suo pieno sviluppo. Eppure in pratica si danno casi che sono apparenti eccezioni alla regola. Sono poche le persone

che, avuto un ulcero infettante, ne escano con una sola eruzione di sintomi costituzionali; per quanto completo sia stata la cura, se ne hanno generalmente una o più recidive; e se una di queste recidive fu preceduta da un ulcero preso di recente, a questo per lo più si vogliono riferire i sintomi secondarj conseguenti, segnatamente, se succede che il secondo ulcero abbia sede sull'indurimento che restò del primo, simulando per tal modo il completo ulcero infettante. Fortunatamente, noi possiamo spesso riconoscere un infezione recente di sifilide costituzionale ai seguenti segni; se questi mancano si ascrivano i sintomi a una vecchia infezione.

1. L'indurimento dell'ulcero precedente e dei vicini ganglj linfatici.

2. Il tempo decorso tra l'apparire dell'ulcero sospetto e quello dei sintomi costituzionali: questo frattempo, quando non s'è fatta cura generale, e quando i sintomi costituzionali dipendono dall'ulcero sospetto, si calcolano regolarmente a circa sei settimane, di rado oltre i tre mesi.

3. Il carattere dei sintomi, se appartenenti a un periodo antico o recente di sifilide costituzionale.

4. Certe volte, l'influenza della cura; i sintomi di sifilide costituzionale recente, cedono più facilmente al mercurio, quelli di sifilide più vecchia all' ioduro di potassio.

Ponendo attenzione a queste circostanze si troverà, che le eccezioni all'immunità conferita da un infezione sifilitica sono assai rare, molti anzi ne dubitano. Ma io inclino a credere che l'unicità del virus sifilitico, non sia così universale come qualche volta si asserì. Non son pochi i casi citati quali eccezioni a questa legge,[1] che fu criticata severamente, qualche volta ingiustamente; nè per me è sufficiente l'opinione di Diday[2] il quale, mentre sostiene che questa legge è sempre vera, ammette pure — la sifilide costituzionale in due fascicoli — (vérole en deux livraisons complémentaires); colla quale espressione egli intende che, una

[1] Follin, Révue Critique, Arch. Gén. de Méd., Genn. 1856, p. 86. Gamberini, Gaz. Méd. de Paris, anno 21°, p. 1. Rodet, Gaz. Méd. de Lyon, 1857, p. 212.

[2] Nouvelles Doctrines sur la Syphilis, Paris, 1858, p. 345.

mite infezione sifilitica, possa esaurire solo parzialmente la suscettibilità dell'organismo, una seconda poi compie quanto restò libero dalla prima. Diday vuol dimostrare con una serie di casi, che in questi esempj di doppia infezione, i sintomi costituzionali di ciascuna, sono la *controparte* di quelli dell'altra ; che se per esempio, nella prima infezione fu principalmente affetta la pelle, i sintomi prominenti nella seconda, avranno sede sulle membrane mucose ; che se nella prima i sintomi febbrili precorsero l'eruzione, questi mancheranno nella seconda, ecc.; cosicchè per Diday l' — unicità della sifilide — vuol dire, non già che la sifilide non affetta mai la medesima persona due volte, ma che — non affetta mai la medesima persona due volte nello stesso modo. — Questa spiegazione, quantunque ingegnosa, la si può ritenere a un di presso, una petizione di principio.

Per parte mia, io non posso ritenere questa legge come assoluta, quantunque sia senza dubbio assai probabilmente così, più quì che nelle malattie contagiose della medesima famiglia, come il vajolo, la vaccina, ecc. Io credo che sia così come regola generale, ma che in rari esempj, siano possibili due infezioni, come nelle affezioni or ora accennate. Ricord, che annunciò pel primo la verità generale di questa legge, disse sempre ch'egli credeva possibili le eccezioni ed era ansioso di ammetterle, perchè avrebbero provato che la diatesi sifilitica non dura necessariamente per tutta la vita dell'individuo ; ma fino all'epoca della pubblicazione dell' ultima sua opera nel 1858, non ne ebbe incontrato alcun esempio soddisfacente. [1]

I giornali francesi però riportano il seguente caso, il quale, dicono che convincesse Ricord, Puche e Cullerier; quì la teoria di Diday falla, poichè i sintomi erano press'a poco identici nelle due infezioni.

Il paziente, scopettajo d'anni 45, entrò nell'Hôpital du Midi nel 1838, con indurimento restatogli dopo la cicatrizzazione di un ulcero; macchie rosse sul petto, sull'addome, sulla parte interna delle braccia; placche mucose sulla cicatrice e sullo scroto.

[1] Leçons sur le Chancre, p. 159.

La diagnosi di Ricord segnata sui registri dell'ospitale era: — Chancre; syphilis. — Amministrato il protoioduro di mercurio, i sintomi scomparvero.

Il paziente ebbe commercio sospetto nel mese di Giugno 1839; dopo tre settimane si manifestò un ulcero sulla cute del pene, e dopo due o tre giorni due o tre altri, uno sulla cute in vicinanza al primo, l'altro ad un lato della vecchia cicatrice nella solcatura dietro la corona del glande. Il primo ulcero non fu visto, ma gli altri due presentavano tutti i caratteri degli ulceri induriti; erano pure indurite le ghiandole degli inguini e della regione cervicale posteriore. Non si prescrisse alcuna cura locale, e si fece ritornare il paziente alla visita dell'ospitale, una volta la settimana per ulteriore osservazione. Dopo due mesi dalla comparsa degli ulceri, si manifestarono sull'addome delle papule rosse; una settimana dopo, il petto, le braccia, il ventre, erano coperti da un'eruzione sifilitica a papule lenticolari; croste sul mojo capelluto, placche mucose sull'uvula. Tutti questi sintomi scomparvero dopo tre settimane coll'uso del protoioduro di mercurio. [1]

La dottrina or discussa ha i suoi portati e pratici e teorici.

1. La verità universalmente riscontrata di questa dottrina mostra che, in via generale, un'infezione di sifilide costituzionale lascia nell'organismo un'impressione che dura per tutta la vita, nel modo stesso che fa il virus vaccino; e che ogni tentativo per sradicare la diatesi, mediante una medicazione, probabilmente riuscirà senza frutto in un caso come nell'altro. Stabilitasi una volta nell'organismo la *disposizione* sifilitica, come la chiama Hunter, il potere del mercurio si limita a ritardarne, ad impedirne, a sopprimerne l'*azione*, ma *non distrugge questa disposizione.* [2] La cura della sifilide costituzionale, intendendo con questa

[1] Gazette Hebdomadaire, 27 genn. 1860, dal Moniteur des Sciences, 14 genn. 1860. Dopo che fu scritta questa storia, uscì la seconda edizione delle Leçons sur le chancre di Ricord; in essa l'autore dice d'aver osservati due casi nei quali la medesima persona contrasse due volte sifilide costituzionale.

[2] Ricord, note all'Hunter, 2.ª ediz., p. 417. Sarebbe bene che noi potessimo dire con Hunter che — il mercurio toglie che si formi una disposizione, od in altre parole, impedisce la contaminazione! —

espressione il ritornar del paziente alle condizioni di prima, è impossibile; resta però sempre la speranza di poter impedire colla cura ogni ulteriore attività del veleno latente. Ricord dice che in tal caso, il paziente resta come dopo il vajolo, semplicemente preservato contro future infezioni.

2. I casi eccezionali di ripetuta sifilide costituzionale dimostrano che, in pochi esempj fortunati, la diatesi diventa sempre più debole o va spegnendosi col tempo.

3. Se un individuo ch'ebbe già sifilide costituzionale, contrae un nuovo ulcero, è quasi improbabile che si abbia un'altra infezione dell'organismo; ed anche quelli che credono nella necessità di una cura specifica al primo manifestarsi di un'ulcero primario, possono astenersi quì dall'adoperare mercurio. Diday citò il caso di un'individuo, cui permise di ammogliarsi subito dopo la cicatrizzazione di un ulcero, sospetto infettante, basato sul fatto che questo individuo ebbe già sifilide costituzionale, quindi non poteva ricadervi. Non se n'ebbero spiacevoli conseguenze. In un altro caso riferito da questo autore, un'individuo ch'ebbe una gioventù assai dissipata, s'ammogliò e divenne padre di figli cachetici, cui il medico di casa, conoscendo gli antecedenti del padre, sospettava affetti di sifilide ereditaria, onde s'accingeva ad istituire in loro una cura mercuriale. A questo punto il padre contrasse un'ulcero indurito, seguito da un pieno sviluppo di sifilide costituzionale; essendo la madre esente da ogni sospetto, si evitò ai figli la cura specifica, nell'idea che se il padre fu infetto ora, non poteva esserlo già stato prima. [1] Pare che in questi esempj si sia arrischiato non poco, e che non si ebbe usata la necessaria cautela; giovano però a dimostrare quanto si possa cavare dalla legge dell'*unicità*, in certi casi di difficile diagnosi.

I due altri punti di analogia tra la sifilide e le altre malattie d'infezione, cioè, il periodo d'incubazione, e la regolare successione dei sintomi, troveranno posto più conveniente nel capitolo d'introduzione alla sifilide costituzionale. Richiamerei altresì l'attenzione del lettore, su certi punti nel capitolo sugli ulceri, relativamente alla questione: se le specie infettanti siano precedute da in-

[1] Nouvelles doctrines sur la Syphilis, p. 350.

cubazione. Ciò ammesso, vi sono due periodi d'incubazione del virus; l'uno fra l'atto del contagio e la comparsa dell'ulcero, e l'altro fra la comparsa dell'ulcero e l'esordire dei sintomi generali.

Indipendentemente dai punti di rassomiglianza tracciati in questa analogia, la sifilide ha certi caratteri affatto speciali ad essa, caratteri che non si osservono in nessun'altra malattia contagiosa. Nessun'altra malattia cui può andar soggetto l'uomo, modifica sì potentemente la costituzione pel restante della vita, nè esercita sì estesa influenza sulla posterità. Nell'uomo come negli animali, i genitori trasmettono alla prole le particolarità di carattere e di struttura; ma qual'altra malattia acquisita, fuor della sifilide, può trasmettersi per lo sperma all'ovulo, e da questo contaminare la madre, e i figli di costei e d'altro padre?

La classificazione e la nomenclatura della sifilide, quale ci venne dalle precedenti generazioni, sono assai erronee e devono essere corrette. La sifilide si divide comunemente in *primaria* e *costituzionale* o *generale*. — La sifilide primaria comprenderebbe tutti gli ulceri, o semplici o infettanti, e i buboni. La sifilide costituzionale comprende i sintomi generali che susseguono all'infezione dell'organismo, e che sono separati dalla primaria da un periodo di incubazione.

I sintomi generali sono suddivisi in secondarj e terziarj. Il termine: *consecutivi*, applicato da qualche autore ai sintomi generali, è usato da Ricord per dinotare una suddivisione dei primarj, e comprende quelle lesioni che succedono immediatamente al primo svilupparsi dell'ulcero, e di carattere simili a questo, cioè, ulceri che nascono nelle vicinanze per susseguente inoculazione e buboni.

Evidentemente questa classificazione non distingue tra l'ulcero semplice e l'infettante colle sue conseguenze; ond'è che ne viene una gran confusione, per non dire un'assurdità. Per esempio, potremmo benissimo chiamar *primario* l'ulcero infettante, perchè è il primo sintomo che si manifesta dopo il contagio, e dopo un periodo di incubazione è seguito da lesioni che si possono chiamar secondarie. Ma perchè dar il nome di *primario* all'ulceroide, che non è il primo anello d'una serie, e che non ha dopo di esso alcun segno secondario?

Ancora, l'espressione: *primario*, è comunemente adoperata quale sinonimo di sifilide locale; ciò che si comprende nell'espressione

costituzionale, data alla divisione che tien dietro. Ma un ulcero indurito è un sintomo primario, eppure l'indurimento è senza dubbio un effetto della generale infezione dell'organismo. Per evitare questa difficoltà, Maisonneuve e Montannier vollero distinguere tra la piaga stessa e il suo indurimento, classificando la prima fra i sintomi primarj, il secondo fra i sintomi secondarj; così essi fanno stare insieme un sintomo secondario con un sintomo primario, e separati dagli altri sintomi secondarj da un periodo di incubazione!

Nel seguente capitolo, addurrò prove a dimostrare che l'ulcero infettante, fin dal primo suo esistere, non è una lesione locale, ma costituzionale. Usando quindi l'espressione: primario, *applicata al primo periodo di vera sifilide,* io non intenderò per nulla affatto di dire che ogni sintomo compreso in questa divisione sia un affezione locale. Con questa spiegazione, si può benissimo ritenere questo termine, giacchè è assai propriamente applicato all'ulcero indurito, e al bubone indurito che lo accompagnano, separati dalle *altre* conseguenze di infezione, da un intervallo d'incubazione.

Noterò anche che, secondo l'uso, adopererò certe volte il termine: costituzionale, quale sinonimo di sintomi generali, ma senza voler asserire che questi siano i soli risultati dell'infezione dell'organismo.

CAPITOLO SECONDO

ULCERI.

L'ULCEROIDE è l'ulcero locale e contagioso, che, trasmesso per lo più nell'amplesso venereo, ha quasi sempre sede ai genitali.

L'ulcero è la lesione iniziale della sifilide acquisita; nasce là dove il virus entrò nell'organismo; è separato dalle forme di infezione costituzionale da un periodo di incubazione. Fu generalmente creduto che il virus di un ulcero non potesse dar luogo che ad un ulcero ; le ricerche moderne però sembrano dimostrare che le condizioni della definizione or data sono adempite, qualunque sia stata la fonte del virus, o derivato da una lesione primaria, o derivato da una lesione secondaria. [1]

Comunemente parlando, l'espressione *ulcero* (chancre), comprende tanto l'ulceroide quanto il vero ulcero sifilitico.

Io mi propongo di considerarli insieme quanto alla loro sede, alle circostanze nelle quali ha luogo il contagio, ed alle forme che assumono; poi di descriverli separati e particolarmente.

SEDE DEGLI ULCERI. — Gli ulceri hanno sede, la maggior parte delle volte, in vicinanza degli organi genitali; e ciò non per altro che perchè queste regioni sono più spesso esposte a contagio, non già perchè abbiano in esse una particolare attitudine. Inserito sotto l'epidermide d'ogni qualunque altra parte del corpo il virus ulceroso, si ha sempre per risultato un ulcero. Nè questo è il li-

[1] In luogo più acconcio farò osservare come questa dottrina inaugurata da Ricord, impugnata fino già dal suo esordire, sia da poco tempo contraddetta dalla evidenza di numerose e non dubbie osservazioni.

A. RICORDI.

mite alla sede degli ulceri primarj; si osservono anche dentro i varj canali mucosi (l'uretra, la vescica, il retto, la cavità boccale e nasale) che si aprono alla superficie del corpo, e fino alla profondità dove si può arrivare coi sensi durante la vita; le necroscopie ci provano la possibilità di trovarli fin anche in vescica, quantunque tali esempj sieno estremamente rari. I comuni integumenti, e tutte quelle porzioni di membrane mucose accessibili all'inoculazione del virus, possono diventare sede di ulceri. L'incontrarli più o men di frequente altrove che ai genitali, dipende, in gran parte, dalle abitudini e dalla nettezza delle persone esposte al contagio.

Altri siti dove si ponno osservare ulceri, ma dove ponno anche stare senza accorgersene, sono: il margine dell'ano e la cavità del retto; le pareti vaginali, la bocca dell'utero e la cavità della cervice, dentro l'uretra e la vescica, sotto l'unghie delle dita delle mani e dei piedi, le mammelle, il cuojo capelluto, la congiuntiva oculare, i labbri, la superficie interna della bocca, e la membrana mucosa delle fauci e della faringe. La tavola seguente espone la sede di 814 ulceri, che furono osservati all'Hôpital du Midi, in tutto l'anno 1856. [1]

	ULCERO	
	INDURITO.	SEMPLICE.
Ulceri sul glande e sul prepuzio.	314	296
» sulla cute del pene	60	15
» sulle varie parti del pene.	11	17
» che interessano il meato	32	9
» dentro l'uretra (non visibili colla separazione forzata dei labbri del meato, ma riconosciuti coll'inoculazione, col tatto, coll'infiammazione dei linfatici, ecc.)	17	3
» sullo scroto e all'angolo peno-scrotale . .	11	
» dell'ano	6	2
» di labbri	12	
» della lingua	3	
» del naso	1	
» della membrana pituitaria	1	
» delle dita della mano	1	1
» della gamba	1	

[1] FOURNIER, Leçons sur le Chancre, p. 252.

A quanto dicemmo or ora sulla sede degli ulceri, v' ha però un'importante eccezione, cioè, che l'ulcero primario non infettante, non si trova mai o quasi mai sulla testa o sulla faccia. Non si sa chi sia stato il primo ad annunciare questo fatto; ma si cominciò a porvi attenzione, quando si disputava sulla dualità del virus ulceroso; coloro che sostenevano l'unità della sifilide, se ne valsero assai a combattere la nuova dottrina. Se vi sono due specie di ulcero, si diceva, si devono incontrare ambedue indistintamente su tutte le parti del corpo; ma tutti gli ulceri dei labbri, della lingua, della faccia e della testa sono induriti, nessuno è semplice; non è questa una prova che l'indurimento dipende dalla sede della lesione, e non dalla natura del virus? Il risultato importantissimo che doveva uscire dalla soluzione di tale questione, fu causa di estese ricerche allo scopo di verificare, se questa eccezione era veramente fondata sul fatto. Fournier[1] contribuì assai a questo lavoro, e, dopo diligenti ricerche nelle opere mediche di coloro che s'occuparono specialmente di argomento venereo, riuscì a raccogliere 150 casi di ulceri primarj sulla testa e sulla faccia; tutti, tranne 5 casi, di ulceri duri. Questi cinque casi eccezionali, nei quali si suppone che l'ulcera fosse un'ulceroide, furono osservati da Ricord, Venot, Devergie, Bassereau, e Diday; ma Ricord confessa che il suo caso, di un ulcero alla base d'uno degli incisivi superiori (Iconographie, pl. 21), non era certissimo, onde non si poteva farne gran calcolo; gli altri casi erano riferiti assai imperfettamente; non può quindi restar alcun dubbio, della verità per non dire dell'assoluta mancanza dell'ulcero molle sulla regione cefalica.

Questa scoperta spinse ad importanti speculazioni; delle varie teorie colle quali si volle spiegare questo fatto, quella emessa da Diday e Fournier era forse la più probabile, cioè, che la mancanza dell'ulcero molle sulla testa e sulla faccia, dipende da idiosincrasia locale, simile a quella, per la quale molte altre malattie preferiscono certe regioni, ed evitano altre della medesima struttura anatomica. Così, la blennorragia, il croup, e il reumatismo affettano rispettivamente l'occhio, la laringe, il pericardio, e rispar-

[1] Étude sur le Chancre Céphalique, Union Médicale, febb. e marzo 1858.

miano il naso, l'esofago, il peritoneo; così non si osserva mai la scabie alla faccia. Fournier, potè parecchie volte risalire all'origine di ulceri duri cefalici, e trovò che non vi fu mai scambio delle due specie, ma che nacquero sempre da ulceri duri; onde l'ammettere la mancanza dell'ulceroide su questa regione, in esperienza clinica, non costituisce argomento contro la dualità del virus ulceroso.

Si asserì, che l'ulceroide poteva svilupparsi sulla testa e sulla faccia coll'inoculazione artificiale. Puche [1] e Rollet [2] ne inocularono il virus con successo nelle diverse parti della testa, in 20 esempj: Bassereau [3] e il prof. Huebbenet [4] di Kieff sui labbri e sulle guance in cinque; in tutti s'ebbe un ulcero senza alcun indurimento, e non seguito da sintomi secondarj. La facilità colle quale si sviluppò l'ulceroide, non favorisce l'idea dell'inettitudine locale, onde torna necessario il cercare un'altra spiegazione per questa gran preponderanza dell'ulcero duro sulla regione cefalica. A ciò si riescirà facilmente, supponendo con Rollet che quest'ulcero trae spesso origine da una lesione secondaria, la quale, noi sappiamo ora, mediante contagio comunica un ulcero. Il contatto tra bocca e bocca, non è meno infrequente nei due sessi, che tra gli organi genitali, onde si può ritenere che la bocca sia una sede particolare delle manifestazioni secondarie, come i genitali le sono delle manifestazioni primarie.

Mi limiterò a questo breve cenno relativo alla discussione sull'ulcero cefalico, che un tempo fu oggetto di non poca considerazione, ma che assume minor importanza, or che non lo sappiamo in urto colla legge della dualità del virus ulceroso. Ne vien però questo precetto pratico che: la rarità, per non dire l'assoluta assenza dell'ulceroide dalla faccia, è argomento assai valido, per credere che ogni ulcero primario riscontrato in queste regioni, sia di specie infettante; il che può giovare in una diagnosi.

[1] Nadau des Islets, De l'inoculation du Chancre mou à la région céphalique, Thèse de Paris, 1858.

[2] Gaz. Méd. de Lyon, dic. 1857.

[3] Buzenet, Du Chancre de la Bouche, Thèse de Paris 1858, pag. 41.

[4] L'Union Médicale, magg. 1858.

Contagio. — Il semplice contatto del virus sifilitico con una superficie delicata, basta per dar origine ad un ulcero. La condizione più favorevole perchè abbia luogo il contagio, è la presenza di alterazioni e d'altre soluzioni di continuità, attraverso le quali il veleno si introduce al di sotto dell'epitelio, o dell'epidermide. Applicata la materia virulenta su una parte di comune integumento sano, esposto agli agenti esterni, alla frizione, la materia vi resta innocente come il deposito del virus vaccino sulla pelle senza precedente puntura. Spesso il chirurgo si sporca le dita colla secrezione degli ulceri, e ciò sempre impunemente, finchè la superficie cutanea è intatta, ma se abrasa nel più piccolo grado, facilmente ne avrà un ulcero primario. Simili accidenti sono numerosi, ed uno ne successe nel circolo delle mie conoscenze, di un giovane medico, il quale fu per tal modo infettato da sifilide costituzionale.

Gli esperimenti di Cullerier relativi al contagio mediato, stabiliscono il fatto, che il pus virulento può stare per qualche tempo in vagina, senza alcun effetto sulla delicata membrana mucosa che ne riveste le pareti. Generalmente però, le mucose presentano al contagio una barriera assai meno efficace dei comuni integumenti, ond'è che più spesso sono sede di ulceri. Quand'anche non sia stata preparata la via da nessuna soluzione di continuità, il virus deposto in qualche piaga della membrana, o in un follicolo aperto, può agire come irritante, produrre un erosione superficiale, e penetrare così al di là della superficie: il tempo variabile che possa tra il coito impuro e il comparire degli ulceri, dipende in parte dal maggior o minor tempo occupato dal processo che diciamo, quantunque, trattandosi d'ulcero infettante, ci siano altre e più importanti influenze, delle quali parleremo or ora.

Sembrerebbe che il virus dell'ulceroide applicato ad umani tessuti, agisca meglio di quello dell'ulcero sifilitico. Si può essere certi di inoculare sempre con successo il pus dell'ulcero molle, qualora l'operazione sia fatta a dovere. Invece, l'inoculazione della secrezione di un ulcero duro, falla certe volte anche nelle mani più esperte e su individui senza lue sifilitica. Secondo Fournier, [1] Puche ebbe tre casi nei quali non riuscì a piantare

[1] De la Contagion Syphilitique, Paris, 1860, p. 106.

l'ulcero duro in individui sani; Ricord ed Ouvry ne ebbero quattro. Fournier aggiunse che, l'esporsi a contagio ed escirne illeso, è cosa pressochè comune trattandosi d' ulcero infettante, ma è rara assai dell' ulcero semplice; e che la maggior parte dei casi riferiti di contagio mediato, appartengono alla prima specie.

Il virus ulceroso, come il veleno della blennorragia che si innesta per la cura del panno, serba le sue facoltà di contagio per molto tempo. Ricord dice d'averlo inoculato con successo, dopo d'averlo conservato per diciasette anni ermeticamente suggellato in tubi di vetro. Sperino riferisce un caso singolare di virus ulceroidale che serbò le sue proprietà virulenti: si dimenticò una lancetta ch'era stata adoperata per fare delle inoculazioni artificiali; dopo sette mesi, osservando che la punta era rimasta sporca di pus, bagnò l'istrumento e fece con esso tre punture, che si cambiarono poi in altrettanti ulceri molli.

Il trasporto della materia necessaria al contagio, succede quasi sempre durante il coito, ma può aver luogo anche per mezzo di altri agenti, le dita, le biancherie od altri oggetti d'uso comune ecc. Vidi recentemente un caso di ulcero infettante sulle palpebre superiori di un ragazzo, il padre del quale aveva esso pure un ulcero infettante, probabilmente stato trasmesso al figlio coll'uso della medesima salvietta. Si citano casi degni di fede, di una pipa, un bicchiere, una penna, un pennello, che servirono di veicolo. Tali esempj sono perfettamente d'accordo coi fenomeni di contagio in altre malattie d'infezione, e non possono essere ignorati, quantunque per questo non si debba credere ciecamente a tutto quanto dicono i pazienti, i quali spesso vorrebbero sfuggire alla responsabilità delle loro azioni. Spesso ci vuole molto tatto e molto giudizio da parte del medico, per giungere alla verità.

Presentatosi un ulcero, si arriva sovente a raggiungerne l'origine in un uomo o in una donna, i quali, esaminati con tutta la diligenza, si trovano perfettamente sani. Un uomo per esempio, ha commercio con una donna pubblica, la quale ebbe contatto con varj uomini in breve tempo, e si prende un ulcero; la donna, esaminata collo speculum e con tutta la diligenza e fin dove si può, è sana. Ancora, un marito visita una prostituta, poi ha contatto colla moglie; costei resta infetta, il marito ne esce illeso. L'osservazione di simili fatti, indusse i primi chirurghi dopo l'ap-

parire della sifilide, a credere nella possibilità del *contagio mediato*, ossia nel trasporto del pus virulento da una persona all'altra per mezzo di genitali di una terza, la quale serve puramente di veicolo senza rimanerne infetta; questa supposizione, spesso rigettata dagli autori moderni come di tutta fantasia, dopo interessantissimi esperimenti di Cullerier, riuscì non solo possibile ma probabilissima. Ecco ad esempio una delle esperienze di Cullerier: —

Luisa Vandet fu accolta nell'Ospedale Loureine il 10 ottobre 1848, per essere curata di un ulcero d'aspetto grigiastro, a margini tagliati a picco a ciascun inguine; durava da un mese senza cura alcuna. V'era una discreta infiammazione lì intorno, che cessò col riposo e i cataplasmi; dopo di che, esaminati i genitali e l'ano, si trovarono senza ulcerazione alcuna. La vagina arrossita e colante una copiosa secrezione muco-purulenta; la superficie mucosa però intatta, e la bocca dell'utero sana. Gli ulceri inguinali furono medicati con filacce bagnate di vino aromatico; si prescrissero delle injezioni di soluzione d'allume in vagina, e con questa cura le piaghe e la vagina guarirono in poco tempo.

Nov. 25. Esaminata una seconda volta la membrana mucosa della vulva e della vagina, e trovatola sana, e dopo aver inoculato senza effetto la secrezione vaginale, Cullerier raccolse una certa quantità di pus dagli ulceri degli inguini e lo depositò in vagina. Si fece passeggiare la paziente non perdendola di vista perchè non avesse a toccare le parti, e dopo trentacinque minuti, raccolta una certa quantità del fluido trovato in vagina, lo si inoculò su una coscia. Lavate con acqua, ed asciugate la vagina e la vulva, si ripetè la lozione con una soluzione d'allume. Dopo due giorni, l'innesto aveva prodotto la pustola caratteristica di un ulcero; lasciatolo per ventiquattro ore onde confermare la diagnosi, fu poi distrutto colla pasta di Vienna. Ripetute esplorazioni fatte poi dopo, ci assicurarono che non c'era alcuna ulcerazione in vagina, la quale non era più infiammata di prima. Dopo due mesi la paziente fu dimessa dall'ospedale, guarita e dalla vaginite e dagli ulceri inguinali.

In un secondo caso col quale si volle ripetere l'esperimento, il pus restò nella vagina circa un'ora, ma vi restò senza effetto.[1]

FORMA DEGLI ULCERI. — Se ci facciamo a considerare, che l'essenziale differenza tra un ulcero e qualunque altra piaga è la presenza, nel primo, di un virus che non si fece mai palese ai sensi; che il pus contagioso si inocula in ogni soluzione di continuità di qualunque forma che offra una via d'ingresso nell'organismo; che gli ulceri, come qualunque altra ulcera, sono esposti alle cause comuni di irritazione e d'espansione come lo sfregamento, la raccolta e concrezione della materia, ecc., non ci farà sorpresa che gli ulceri primarj non si presentino sempre col medesimo aspetto esterno; anzi c'è da maravigliarsi, ch'essi non siano riconoscibili che alla facoltà loro di contagio.

Esaminando i sintomi comunemente ricevuti quali caratteri di un ulcero, troviamo che possono quasi tutti esser prodotti anche da cause non specifiche; ch'essi devono quindi il loro valore diagnostico, solo alla maggior frequenza negli ulceri primarj; e che essi possono trovarsi a un grado maggiore o minore in altre ulcere, che non quelle che secernono un virus specifico. Prendete ad esempio l'ulcero semplice; il contorno circolare non è che l'effetto dell'ulcerazione che s'avanza con egual rapidità in ogni direzione da un centro comune, quando la piaga ha sede su tessuti omogenei; se la sede dell'ulcero comprende strutture di densità diversa, per esempio il prepuzio e il glande, la forma tondeggiante è perduta. I margini tagliati a picco e il fondo grigiastro, sono pur essi risultati della medesima azione ulcerante progressiva, che induce mortificazione superficiale del tessuto cellulare sottomucoso; l'areola non è che l'iperemia dei vasi capillari circostanti; L'infiammazione plastica che caratterizza l'ulcero infettante, tende a limitare il processo d'ulcerazione, a diminuire la profondità della piaga, a dare una forma declive ai margini, ed avvicinare l'aspetto della superficie, al color solito dei tessuti sui quali sta l'ulcero; assoggettato però ad irritazione, si estende in superficie e pro-

[1] Quelques points de la Contagion médiate. Mémoires de la Société de Chirurgie; citati nelle Leçons sur le Chancre, p. 255.

fondità, i margini si dispongono più a picco, il fondo si copre d'una secrezione grigiastra, e l'aspetto generale s'avvicina a quello d'un ulcero molle. Infatti, l'indurimento che circonda e che sta sotto l'ulcero infettante, è il solo segno che si deve cercare nelle due specie d'ulcero primario, il quale indurimento, col contorno ben definito, colla durezza e colla resistenza cartilaginea, differisce dall'effetto ordinario della comune infiammazione.

Con questo non intendo di sprezzare i sintomi objettivi degli ulceri, nè voglio negare che, nella maggior parte dei casi, essi bastano a indicarci la natura di un ulcero; è un fatto, che si ebbe una certa tendenza a risguardare come essenziali certi caratteri che non sono costanti, d'onde tante diagnosi errate. L'ulcero classico per esempio, l'ulcero tipo, fu desritto per anni: una piaga tondeggiante, con margini tagliati a picco, a fondo grigiastro: mentre ora si sa che la forma della piaga primaria che più spesso è seguita da sifilide costituzionale, non è un'ulcerazione, ma un'erosione superficiale, che senza dubbio e spesso assai, non fu riconosciuta, a motivo della fede cieca in certi sintomi che non ci sono in questa varietà.

Non ostante questa incostanza degli ulceri, si possono però quasi tutti comprendere nelle seguenti cinque forme: —

1. Erosioni superficiali.
2. Pustule.
3. Ulceri semplici.
4. Ulceri fagedenici.
5. Ulceri gangrenosi.

Tanto l'ulcero semplice che l'ulcero infettante, possono assumere una qualunque di queste forme, ma ciascuno ha la sua forma preferita.

L'*erosione superficiale*, è quasi eslusivamente limitata all'ulcero infettante. Non interessa tutto lo spessore della pelle o della membrana mucosa, e guarisce senza lasciare cicatrice.

Dopo l'inoculazione efficace dell'ulceroide, si osserva sempre una *pustula*, quando il punto d'innesto fu preservato dall'abrasione; non rompendola, si copre tosto di una crosta scura, sotto la quale si nasconde e va espandendosi il pus; se la si rompe si osserva la forma che or descrivo.

L'*ulcerazione semplice incavata*, appartiene specialmente all'ul-

cero semplice; non di rado la piaga primaria infettante assume questa forma, particolarmente quando è sottoposta a irritazione. Interessa tutto lo spessore della pelle o della membrana mucosa, e guarendo lascia una cicatrice.

Gli *ulceri fagedenici*, sono più spesso ulceri semplici che infettanti. Il processo ulcerativo varia assai nei diversi casi, e così dà luogo a opposte differenze nell'aspetto della piaga.

La *gangrena* può svilupparsi in ciascuna sorta di ulcero, per l'eccessiva infiammazione dei tessuti all'intorno. Si forma un'escara di color bruno, distaccata la quale l'ulcero si trasforma generalmente in un ulcera semplice, come dopo l'applicazione di un potente caustico.

Eccettuati alcuni ulceri fagedenici, tutti gli ulceri primarj tosto o tardi guariscono spontaneamente. Ci sia o non ci sia la cura, essi perdono a poco a poco i caratteri di una piaga specifica, e, prima che abbia luogo la cicatrizzazione, anche la facoltà di contagio; si cambiano insomma in ulceri semplici. L'esistenza di un ulcero fu pertanto divisa in due periodi; il primo, comprende il tempo durante il quale l'ulcero, o progrediente o stazionario, secerne pus contagioso; l'altro, è lo stadio finale durante il quale la secrezione è innocente. Non si può sempre determinare esattamente la linea che segna il finire dell'uno e il principiare dell'altro periodo; bisogna però tener presente, che sul finir dell'esistenza di un ulcero, l'inoculazione non è più di gran valore per ajutare a diagnosi.

Inoculazione artificiale. — All' inoculazione artificiale, che fu adoperata pel primo da Ricord su ampia scala, noi dobbiamo molta parte del progresso che abbiamo fatto in argomento sifilide, dal principio di questo secolo; nè, riconoscendo questo fatto, dimentico che quest'importantissimi mezzi d'investigazione trassero in errore, e che l'applicazion loro è assai più limitata di quanto si credeva prima della recente scoperta che: gli ulceri infettanti e le secrezioni della sifilide costituzionale, non sono inoculabili sulla persona che li porta.

Per fare l'inoculazione artificiale, si sceglie qualche parte conveniente dei comuni integumenti, il braccio, la coscia, l'addome, e vi si fa una puntura superficiale fin sotto l'epidermide, come

quando si fa l'innesto del virus vaccino. La lancetta da adoperarsi dev'essere nuova od arruotata di recente e piccola, se no la ferita manda sangue, che lava via il virus e rovina l'esperimento: se se ne produce più di quanto è appena sufficiente ad arrossare la parte, si deve fare una nuova puntura. Allora si inserisce nella ferita un po' della secrezione che si vuol provare, e si copre il punto d'innesto con un vetro d'orologio, onde proteggerla dall'abrasione. Si tiene in posto il vetro con delle strisce di cerotto adesivo disposto intorno al margine, lasciando scoperto il centro per vedere cosa succede di sotto. Se l'innesto ha effetto, il punto dove s'è fatto la puntura diventa rosso in poche ore; al secondo o terzo giorno è gonfiato in forma di una piccola papula circondata da un'areola rossastra; al terzo o quarto giorno, l'epidermide è sollevata da un'effusione di siero che tosto s'intorpida mescolandovisi del pus; al quinto giorno il fluido è affatto purulento, e forma una pustula spesso umbilicata come la pustula del vajolo; l'areola intorno va crescendo in larghezza, il colore diventa più scuro, e così ha raggiunto il suo massimo. Questa pustula è spesso chiamata pustula caratteristica di inoculazione efficace, ed hà un aspetto identico alla pustula dell'ectima; se si ha ancora qualche dubbio sulla natura sua, se ne prova la secrezione con un altro innesto. Lasciando la pustula intatta, la materia contenuta si concreta, e forma una crosta di forma conica, che va crescendo in circonferenza. Tolta questa crosta, si trova sotto un ulcera, la quale è considerata il tipo di un ulcero. Le sue particolarità sono queste: interessa tutto lo spessore della pelle o della membrana mucosa, cosicchè il suo fondo è costituito dal sottoposto tessuto cellulare; ha i margini a picco, a lacinie, spesso leggiermente incavati; il contorno circolare; la superficie di color grigiastro e ineguale, con leggiere prominenze e depressioni che si riconoscono meglio con una lente. Quest'ulcero tende ad espandersi, o per lo meno, a non diminuire per settimane; in ciò differisce ancora dalla pustula e dall'ulcerazione più superficiale, che si ottiene coll'inoculazione di materia semplice ma irritante.

Tale è l'evoluzione di un ulcero da inoculazione artificiale, quale fu osservato da Ricord ed altri in mille esempj. Ricord, osservando che il processo morboso seguiva sempre immediatamente l'inserzione del virus, negò che l'ulcero avesse periodo alcuno di inocu-

lazione, e per spiegare i casi riferiti di tarda comparsa, disse che l'ulcero era stato inavvertito per qualche tempo. Questo, ed altri corollarj dell'inoculazione sperimentale, in quanto si applicarono indistintamente alle due sorta di ulceri, cessarono di esser veri, quando si trovò che la secrezione di un ulcero duro non è inoculabile sull'individuo che lo porta, nè su altra persona affetta da sifilide costituzionale. È singolare come questo fatto non sia stato riconosciuto prima; la verità sua però, è pienamente stabilita dalle recenti esperienze di moltissimi osservatori.

Le sperienze di Ricord, furono però sempre fatte sulla persona stessa del paziente, mai su individui sani, onde il virus impiegato quando il risultato era positivo, fuori di rare eccezioni, deve necessariamente essere stato il virus di ulcero molle, e le conclusioni che si trassero sono vere, solo di questa specie di ulcero primario. Ad ottenere un egual grado di fatti e di istruzione, circa l'evulozione degli ulceri infettanti, si richiederebbe una ripetizione di tali esperimenti col virus della vera sifilide su persone non sifilitiche; la qual cosa, inevitabilmente dannosa alla costituzione per tutta la vita, non può essere giustificata, e non fu mai tentata, fuor che in pochi esempj, da Wallace, Waller, Vidal, Rinecker e qualche altro. Noi vedremo che l'osservazione clinica insegna l'esistenza di un periodo di incubazione per gli ulceri infettanti, il che manca nell'ulceroide.

L'esame di questi fatti ci dà anche la conclusione che: l'innesto inefficace su persona già infetta, della secrezione d'una piaga qualunque, non è una prova nella natura semplice della piaga; e che il valore di questa prova nella diagnosi degli ulceri primarj fu assai esagerata, in quantochè fallisce, precisamente in quei casi nei quali sarebbe più importante il potersene fidare. L'autoinocuzione, come la si disse qualche volta, può solo essere impiegata ad indicare la presenza o la mancanza del virus ulceroidale.

L'inoculazione artificiale della secrezione di un ulcero sulla persona che lo porta, non accresce il pericolo dell'infezione costituzionale, che non dipende mai dal numero nè dall'estensione delle ulcerazioni. Si sa però che sviluppa delle ulcerazioni fagedeniche di carattere tristissimo e lunghissime nella guarigione. Io stesso ne viddi due casi; uno nel New York Hospital, nel qual caso l'inoculazione artificiale, fatta prima che il paziente entrasse nel

l'ospedale, diede luogo a un'ulcerazione estesa sulla coscia, che durò parecchi anni; e l'altro nel Pennsylvania Hospital a Filadelfia. Le opere sull'argomento venereo ne citano altri casi. Colle dovute cautele però, si può evitare questo accidente, e adoperare con sicurezza l'inoculazione artificiale, a quegli scopi cui è applicabile. Appena che è sviluppata la pustula, al terzo o quarto giorno dopo l'innesto, la si distrugge con un caustico potente, la pasta di Vienna o l'acido nitrico; se si differisce la cauterizzazione fino al quinto o al sesto giorno, i tessuti vicini si infiltrano di virus, in modo che l'applicazione del caustico non li comprende poi tutti, e riesce qualche volta difficile il cambiar l'ulcera specifica in una semplice.

CLASSIFICAZIONE DEGLI ULCERI.

La sola distinzione radicale fra gli ulceri, sufficiente a costituirne specie distinte, è quella che li divide in ulceri semplici ed ulceri infettanti; sonvi però delle sotto-varietà. Tutt'e due le sorta di virus ulceroso, ponno esser presenti nella medesima piaga, che allora si chiama: ulcero misto, e ciascuna sorta d'ulcero può esser campo di una violente infiammazione che termina in gangrena o in fagedena; quindi s'hanno anche ulceri gangrenosi, ulceri fagedenici. Restano adunque a considerare: —

1. L'ulcero semplice.
2. L'ulcero infettante.
3. L'ulcero misto.
4. L'ulcero gangrenoso.
5. L'ulcero fagedenico.

Frequenza comparativa dell'ulcero semplice e dell'ulcero infettante. — La maggior parte degli ulceri primarj sono ulceri semplici. Di 341 ulceri osservati all'Hôpital du Mîdi nel decorso di tre mesi, 126 erano infettanti, 215 semplici. Puche presentò una tavola di tutte le piaghe primarie in cura nello stesso ospedale durante i dieci anni del 1840 al 1850, con un totale

di 10,000 ulceri; 1955 dei quali erano infettanti, 8045 semplici;[1] in altre parole la proporzione dei primi ai secondi, fu di 1 a 4. Le statistiche di altri osservatori, variano alquanto da questa; tutte però, concorrono a dimostrare la maggior frequenza dell'ulcero molle. Ricord vuol spiegare tal differenza in due modi; primo, che l'ulceroide dà una secrezione più copiosa e, generalmente, per maggior tempo che non l'ulcero duro; secondo, che avuto una volta un ulcero molle, non se ne resta preservati da un secondo, come succede dell'ulcero duro. Probabilmente vi entra anche la difficoltà di inoculare l'ulcero infettante.

ULCERO SEMPLICE. — Questa specie di piaga primaria chiamasi anche: ulceroide, ulcero molle, ulcero infettante, ulcero contagioso (chancroïde).

I fenomeni che tengon dietro all'inoculazione artificiale come li abbiamo descritti più indietro, mostrano il modo d'evoluzione dell'ulcero molle, e le forme diverse ch'esso può assumere. Non è preceduto da un periodo di incubazione. Il processo ulcerativo incomincia immediatamente dopo la deposizione del virus, e tra i due e gli otto giorni, si è sviluppato in modo da fermare l'attenzione del paziente.

Un maggior lasso di tempo, dipende dalla materia contagiosa che tardò a penetrare sotto l'epidermide o sotto l'epitelio, od anche dal non aver avvertita prima la presenza della piaga.

Quando il virus si depositò sulla superficie interna di un follicolo o di una fessura, i cui labbri o margini si chiudono al disopra del virus racchiuso dentro, l'ulceroide risultante, incomincia come una pustola o un piccolo ascesso, che resta intatto per un tempo più o men lungo, secondo che è difeso o no dalle abrasioni. La forma pustulare dell'ulcero, non è però comune che come risultato d'inoculazione artificiale; o meglio, la pustula si rompe generalmente prima che il paziente si faccia visitare, e resta solo l'ulcero sottoposto. Quando la materia contagiosa si depositò su una soluzione di continuità che già esisteva, l'ulceroide assume l'aspetto

[1] FOURNIER, Leçons sur la Chancre, pag. 15.

di piaga fin dal principio, dapprima della forma e dimensioni della fessura, dell'abrasione dove si sviluppò, poi va prendendo a poco a poco i caratteri di un ulcero specifico.

L'ulcero molle completamente sviluppato, presenta un contorno circolare, a meno che non sia modificato dalla forma della soluzione di continuità nella quale si depositò il virus, o dalla diversa densità dei tessuti sottoposti; quando ha sede per esempio sul glande o sul prepuzio, il processo ulcerativo va rapidamente estendendosi in quella qualunque direzione dove trova un tessuto più lasso; o anche modificato dall'unione d'altri ulceroidi vicini; nei quali casi ne risulta una piaga di configurazione assai irregolare. Gli ulceroidi sul margine libero del prepuzio, hanno l'aspetto di fessura; scoprendo il glande, ossia distendendo la cute del prepuzio, riprendono la forma pressochè circolare.

Un tratto assai caratteristico di questa sorta di piaga primaria, è la rapida perforazione della pelle o della superficie mucosa, precisamente come se si fosse portata via una parte di tessuto. I margini sono dentellati, staccati, tagliati a picco, aderenti mediocremente ai tessuti sottoposti. Il fondo ineguale, come sparso di piccole elevazioni, *rosicchiato,* coperto da una secrezione pseudomembranosa di color giallo grigiastro, che si lacera distaccandola. La secrezione fluida è copiosa e purulenta; esaminata al microscopio la si trova composta di globuli di pus, mescolato a detritus organico.

L'ulcero semplice, è circondato da un'areola che varia in larghezza e in profondità, di colorito a seconda del grado dell'infiammazione. La condizione dei tessuti intorno e sotto all'ulceroide, è uno degli elementi più importanti di diagnosi differenziale tra questo e l'ulcero infettante. Nell'ulceroide questi tessuti serbano sempre la loro solita mollezza, a meno che non siano assoggettati a qualche irritante o presi da infiammazione. L'indurimento infiammatorio però non è così distinto come l'indurimento specifico dell'ulcero infettante, ma diminuisce a poco a poco fino alla lassezza dei tessuti vicini cui aderisce: è anche meno solido, più pastoso, e cessa poco dopo il cessare dell'infiammazione che lo produsse. L'applicazione di qualche lozione astringente, o di qualche caustico, come per esempio il nitrato d'argento, la potassa fusa, l'acido nitrico e simili, può cagionare una durezza che rassomiglia

assai all'indurimento specifico, e non si può distinguernela tranne che per la breve durata; ond'è che durante questo tempo, la diagnosi deve appoggiarsi ad altri argomenti. Altra fonte di errori, è la possibilità che un ulceroide abbia sede sull'indurimento di un ulcero infettante che c'era prima.

Gli ulceri semplici sono più spesso molteplici che singoli. Di 254 pazienti dell'Hôpital du Mîdi, 48 ne avevano uno, 206 ne avevano diversi; di questi ultimi, 116 ne avevano da tre a sei; 41 da sei a dieci; 8 da dieci a quindici; 4 da quindici a venti; e 5 oltre i venti. [1] Di 118 pazienti nell' ospedale Antiquaille di Lyon affetti da ulceri molli, 50 ne avevano uno, 68 ne avevan diversi. [2] Quand' anche sul principio non nasca che un solo ulceroide, immediato risultato di contagio, ne posson poi nascere altri intorno per successiva inoculazione, poichè l'ulcero originario tramanda un abbondante secrezione, e la presenza di esso non preserva menomamente da altri.

L'ulcero semplice è assai ostinato. Se non lo si può distruggere con qualche caustico potente o con qualsiasi altro modo, dura generalmente per settimane, per mesi, per quanto lo si tratti abilmente sia con rimedj locali, sia con rimedj costituzionali. Fournier dimostrò che lo si può innestare sulla persona medesima che lo porta, fin presso al tempo della cicatrizzazione; come disse Ricord, il periodo specifico dell'ulceroide assorbe quasi tutto il tempo della sua esistenza. Durante il periodo di riparazione, l'ulcero semplice si riempie qualche volta di granulazioni che sporgono a livello della superficie circostante, simulando una placca mucosa o un tubercolo, sintoma di sifilide costituzionale. La mancanza però d'ogni altro sintomo generale e le condizioni dei ganglj vicini, bastano generalmente a stabilire la diagnosi; oppure si può provare la piaga mediante l'innesto. Se è un ulcero molle, riesce innestabile sulla persona che lo porta; non già se è una vera placca mucosa.

L'esame dei ganglj linfatici vicini, ci dà lumi importantissimi per distinguere le due specie di ulceri; veda il lettore quanto di-

[1] Fournier, op. cit., p. 41.

[2] Debauge, Traitement des Chancres simples, etc. Tesi di Parigi, 1858, pag. 6.

ciamo in proposito nel capitolo sui buboni. L'ulcero molle può affettare o meno le condizioni di questi ganglj. Di 267 casi di ulceroide osservati all'Hôpital du Midi in un anno, 65 furono accompagnati da bubone, 142 no.[1] Di 140 pazienti nell' esercizio di Rollet a Lyon, 52 furono esenti da reazione inguinale, 83 ebbero buboni 60 dei quali virulenti.[2] L'affezione dei ganglj linfatici che accompagna l'ulcero semplice, limitata ad uno solo di questi corpi, è sempre infiammatoria, e tende alla suppurazione. Delle due specie di ulceri, questa sola può dar origine a un bubone suppurante a pus innestabile.

AGGIUNTA DI A. RICORDI. — La pustula iniziale dell'ulcero semplice sfugge ordinariamente all'osservazione del medico: occorrono però dei casi speciali nei quali talvolta si è abbastanza fortunati di assistere (all'infuori della inoculazione artificiale) a tutte le fasi dell'ulcero venereo. Poniamo un'estesa ulcerazione, alla corona del glande, la quale suppura molto, ed il malato che non ha cura di cambiar di frequente la medicazione; in allora può sorgere una leggiera balanite con sviluppo dei follicoli sebacei ed allargamento delle loro boccucce. Con tutta facilità in questo caso, la materia ulcerosa penetra negli otricelli, li infiamma maggiormente e restringesi la loro apertura nel mentre incomincia al di dentro il lavoro di esulcerazione. Osservansi in tal caso sulla corona o sul glande dei piccoli punti giallicci un poco elevati, che punti e veduti colla lente hanno già preso l'aspetto di piccoli ulceri. Negli ammalati in tal condizione, questo sviluppo di pustulette follicolari continua alle volte molto tempo: dalla sera alla mattina se ne scorgono di nuove.

Talvolta però la vescichetta gialliccia che ha la grandezza di un seme di senape o poco più, è costituita da una semplice infiammazione con interna suppurazione o raccolta sebacea dell'otricello, apertosi il quale, la materia ulcerosa penetra nel suo grembo che converte in ulcera.

[1] FOURNIER, op. cit., pag. 34.
[2] DEBAUGE, op. cit., pag 72.

Gli ulceri sviluppatisi in tal modo sono i così detti follicolari, dal terreno di loro impianto: ordinariamente sono piccolissimi e numerosi.

Questa forma è più comune alla corona ed al glande; non mi ricordo d'averla osservata nella femmina. La ritengo esclusiva all'ulcero semplice.

L'ulcero può anche rivestire la forma (iniziale) furuncolare, ma assai raramente, ed accade solamente quando il virus viene portato profondamente nella cute, quando le ferite delle sanguisughe si inoculano. Sorge in tal caso una limitata flogosi sottocutanea, formasi un tumoretto fluttuante apertosi il quale rimane un'ulcero.

Ulcero infettante. — Questa specie di lesione primaria chiamasi: ulcero propriamente detto (chancre); qualche volta fu anche chiamata ulcero vero, ulcero duro, ulcero indurito, ulcero Hunteriano, od ulcera sifilitica primaria o primitiva.

L'ulcero infettante ha un periodo di incubazione?

È questa un'importantissima questione, perchè essa ne comprende due altre di non minore interesse pratico:

1. Se l'ulcero vero sia una lesione locale o costituzionale.
2. Se la cura abortiva di esso possa impedire l'infezione dell'organismo.

Per via sperimentale, questa questione non si può sciogliere, poichè l'innesto dell'ulcero duro su persona già infetta è impossibile, su individui sani ingiustificabile. Non possiamo quindi che riportarci all'osservazione clinica, ed ancor là si incontrano non poche difficoltà. Può succedere che i pazienti non si facciano visitare, se non settimane e mesi dopo il contagio: spesso ebbero rapporti sessuali ripetutamente a brevi intervalli; spesso non si può fidare in quanto asseriscono essi, circa il tempo dell'infezione e il manifestarsi dell'ulcero. Però, osservatori diligenti ebbero a notare il fatto che, in via generale, si cerca consiglio al medico, più tardi per ulceri infettanti che non per ulceroidi, e che i pazienti in complesso, accennano a uno spazio di tempo fra il contagio e il comparire dell'ulcero, maggiore per l'ulcero infettante

che non per l'ulceroide. Diday, ricercò i dettagli del caso in ventinove persone con ulceri di recente origine, individui degni di fede e sicuri dei fatti che riferivano, che si esposero una sol volta, e che non ebbero rapporti sessuali almeno da un mese prima; e trovò che, la media tra l'amplesso e il comparire della piaga, fu di quattordici giorni.[1] Chabalier ricercando in novanta casi di ulcero infettante, trovò una media del periodo di incubazione, oscillante tra i quindici e i diciotto giorni; e dice che l'ulceroide al contrario, è visibile dentro le trentasei o le quarantotto ore dopo il contagio.[2] Clerc insistette specialmente sull'esserci stato o meno il periodo di incubazione, quale elemento diagnostico delle due sorta di piaghe primarie, e riferì diversi casi di ulcero infettante, che furono preceduti da un periodo di incubazione di trenta giorni. Io stesso ebbi ad osservare un certo numero di casi nei quali, tra lo spazio di tempo da un dato amplesso e il manifestarsi di un ulcero infettante, corsero più di dieci giorni; anzi, in un caso ci erano molti argomenti per credere che fosse passato un tempo ancora più lungo. Un signore di questa città, collocato eminentemente, ch'io conosco intimamente da poter garantire della verità di quanto ei dice, fu a Parigi senza la moglie, e colà alterato dal vino, per la prima volta dopo quindici anni di vita conjugale, visitò una prostituta. Ciò avvenne la vigilia del suo ritorno in America: egli n'ebbe tal rimorso e tale ansietà, che per tutto il viaggio si esaminava diligentemente per vedere se la disgrazia temuta lo avesse colto. Siccome il prepuzio di costui è assai breve, il glande resta abitualmente scoperto, e non gli poteva sfuggire la più piccola lesione; diffatti non vidde nulla fino al giorno del suo ritorno a casa, il trentacinquesimo dal coito impuro, nel qual giorno osservò una leggiera escoriazione sulla superficie interna del prepuzio. La mostrò al medico di casa, che era un omeopatico, il quale gli disse che non si trattava che d'una semplice abrasione che sarebbe guarita in pochi giorni, e ch'egli poteva impunemente essere marito con sua moglie. Ma la cicatrizzazione promessa non veniva; il quarto giorno dopo il suo arrivo venne da me, e trovai

[1] Gaz Méd. de Lyon, marzo 1858.
[2] Tesi di Parigi, No. 52, 1860.

un ulcero superficiale con indurimento dei ganglj. D'allora egli ebbe diverse recidive di sifilide costituzionale, e la sua moglie, allora nel quinto mese di gravidanza, contrasse un ulcero indurito, ebbe sifilidi, alopecia, irite, ecc., e diede alla luce un bambino a termine e infetto, il quale, sotto la cura omeopatica, morì dopo un mese.

Intorno al tempo che scriveva queste pagine, fui consultato da un medico intelligente assai, il quale ebbe commercio sessuale una sola volta la notte del 16 agosto, e il primo settembre osservò un ulcero indurito pronunciatissimo sulla superficie interna del prepuzio; ci fu il frattempo di sedici giorni. Adesso ancora, sto curando un negoziante che fu soggetto ad erpeti, e che ebbe sempre l' abitudine di esaminarsi diligentemente gli organi genitali dopo ogni amplesso; ora egli ha un ulcero infettante, ch'egli asserisce positivamente non essersi manifestato se non cinque settimane dopo l'ultimo coito.

Castelnau, cita un caso comunicatogli da un medico dell'ospedale de' venerei, di un ulcero infettante manifestatosi trentatre giorni dopo un coito impuro. [1]

Ancor più evidenti quanto all'incubazione dell'ulcero duro sono i seguenti tre casi, nei quali il punto innestato fu osservato giorno per giorno. Il primo è citato da Rollet. Rollet, desiderando provare il carattere d'una piaga, ne innestò la secrezione sulla persona che la portava, ma senza effetto. Ripetè il medesimo innesto su altre persone affette da sifilide costituzionale, ma collo stesso risultato negativo. Ciò succedeva prima che fosse annunziato il fatto della *non auto-inoculabilità* dell'ulcero infettante; Rollet ignaro di questo gran punto, credette di innestare la secrezione della medesima piaga ancora su un altro individuo, il quale non aveva vera sifilide, quantunque affetto da ulceri semplici e da bubone suppurante. L'innesto ebbe effetto e si ebbe un ulcero infettante, che si manifestò diciotto giorni dopo. [2] In due altri casi d'innesto artificiale dell'ulcero infettante eseguito, uno da Rinecker, l'altro da Gibert, il periodo di incubazione fu di 25 giorni in uno, e di 24 nell'altro.

[1] Annales des Maladies de la Peau et de la Syphilis, t. I. p. 212.
[2] Arch. Génér. de Méd., aprile 1859.

Trattando della cura abortiva degli ulceri, addurrò fatti per dimostrare che la cauterizzazione distruttiva di un ulcero infettante appena sul principio, non distoglie i sintomi secondarj, onde si deve ritenere che l'organismo è infettato dal sintomo primario. Ancora, l'analogia con altre malattie d'infezione, come per esempio la vaccina, il farcino, ecc., ci fanno presumere che l'assorbimento del virus sifilitico sia istantaneo. L'osservazione è però tuttora deficiente, quando si voglia spiegare il perchè l'ulcero infettante qualche volta si manifesti presto, qualche volta più tardi: ciò dipende probabilmente da accidentali diversità di condizioni nelle quali ha luogo il contagio; deposto il virus in una soluzione di continuità, questa in certi casi continua patente, in altri si chiude fino al manifestarsi della reazione costituzionale.

La seguente tavola di Bassereau, [1] d'ulceri che precedettero 170 casi di eritema sifililico, mostra le forme varie che può assumere un ulcero infettante, e dà una certa idea della loro frequenza comparativa nei casi miti della malattia costituzionale, la quale nei casi più gravi è preceduta da una maggior proporzione d'ulceri incavati: [2] —

Erosioni superficiali	146
Ulceri circoscritti e con margini a picco, interessanti tutto lo spessore della pelle e della membrana mucosa . .	14
Ulceri fagedenici circoscritti, con fondo poltaceo, interessanti i tessuti poco sotto la pelle o la membrana mucosa	10
Totale	170

Risulta da questa tavola, che l'ulcero infettante non ha una forma esclusiva; anzi che assume spesso una forma affatto differente dall'ulcero tipo, quale fu descritto da tanti autori. La frequenza della forma superficiale dell'ulcero infettante, fissò la mia attenzione molti anni prima ch'io ne leggessi nei libri, e ai primi casi che mi si presentarono, spesso errai e li credetti semplici abrasioni, finchè la diagnosi non veniva corretta dal manifestarsi dei segni

[1] Op. cit., p. 140.

[2] Vedi dove si parla degli ulceri fagedenici.

secondarj. L'anno scorso, un medico abbastanza ben edotto della letteratura in argomento venereo, venne da me con un ulcero superficiale, tanto rassomigliante a una semplice abrasione ch'io non potei persuaderlo del carattere specifico della piaga, onde lo eccitai a visitare la donna da cui ebbe l'amplesso sospetto, e vedesse se costei presentava segni di sifilide. Dopo alcune settimane, vennero da me e l'uno e l'altra; il medico con eritema sifilitico, l'amica con papule sifilitiche.

La forma superficiale dell'ulcero infettante, è pronunciatissima alla superficie interna del prepuzio dove è riparata dall'aria e dallo sfregamento, dove è impedita la crosta; è appuuto quì dove io l'incontrai più spesso. Generalmente ha una forma circolare od ovale, qualche volta irregolare. Il fondo è appena leggiermente incavato ed anche no, certe volte anzi è più elevato dell'integumento lì intorno, pel sottoposto indurimento. Ha una superficie piana; spesso liscia, senza l'essudato consistente e aderente dell'ulceroide, di color rosso o grigiastro. Tramanda un siero chiaro (senza globuli di pus fuorchè quando irritato), che spesso si può vedere essudare dai pori, asciugando la piaga. Non ha areola intorno, e non lascia cicatrice alcuna. Appena un terzo dei 170 ulceri di Bassereau, lasciarono traccia visibile fuor dell'indurimento. Quand'è situato sui tegumenti esterni, per esempio, sulla guaina del pene dove la maggior parte degli ulceri sono di specie infettante, e quando è esposto all'aria, si copre di croste che gli danno l'aspetto di una pustula di ectima o d'una placca d'eruzione squammosa, e che può facilmente trarvi in errore nella diagnosi. I caratteri dell'erosione ulcerosa vengono modificati anche dall'applicazione di irritanti, o dalla mancanza di nettezza; la secrezione può diventare purulenta; la superficie viene a rassomigliare quella dell'ulceroide; ma si ritorna all'aspetto primiero mediante l'applicazione del bagno freddo continuato per qualche giorno.

Non si deve credere però che, quantunque sì frequente, l'ulcero superficiale sia la forma esclusiva dell'ulcero infettante. Io inclino a crederlo più comune negli individui delle classi agiate, i quali hanno abitudini di maggior pulizia, e condizioni igieniche migliori. Tra questa forma e l'ulcero duro incavato, conosciuto col nome di ulcero Hunteriano (che fu per lungo tempo erroneamente supposto lo speciale foriero della sifilide costituzionale), si possono

dare molte gradazioni che non è necessario descrivere minutamente. Il processo ulcerativo, può in rari casi eccedere e terminare col fagedenismo; generalmente però, l'ulcerazione viene limitata dall'infiammazione plastica dei tessuti vicini; il che si può vedere esaminando i margini di pressochè ogni forma di ulcero infettante, i quali sono obliqui, alquanto prominenti, aderenti, a differenza dei margini a picco e staccati dell'ulceroide.

La forma pustulosa dell'ulcero infettante, è certamente rara in pratica; è ancor dubbio che succeda coll'innesto artificiale, per il piccolo numero di innesti efficaci. Sembrerebbe, almeno nella maggior parte dei casi che, la papula che si sviluppa dapprima non diventi una pustula, ma proceda all'ulcerazione superficiale. Henry Lee crede che succeda sempre così, e che una pustula risultata da innesto artificiale, sia elemento diagnostico dell'ulceroide. [1] Facendo l'innesto col virus dell'ulcero duro, non si dimentichi il lungo periodo di incubazione di questa specie di piaga; nè si dica negativo il risultato, fino a che non sia decorso il tempo di un mese o sei settimane.

Ci restano ancora a considerare i caratteri comuni a tutte le forme dell'ulcero infettante.

Fin dai primi tempi della storia della sifilide Giovanni da Vigo, [2] Gabriele Falloppio, [3] Leonardo Botallo, [4] e Ambrogio Pareo, [5] riconobbero l'indurimento come sintomo culminante dell'ulcero che precede la sifilide costituzionale; pressochè dimenticato dai susseguenti scrittori, quantunque accennato or quà or là, per esempio in Nicolò Blegny, [6] riprese importanza ai tempi nostri, specialmente

[1] British and Foreign Med.-Chir. Rev. Ott. 1856.

[2] — Nam ejus origo in partibus genitalibus, videlicet in vulva in mulieribus et in virga in hominibus, semper fuit cum pustulis parvis, interdum lividi coloris, aliquando nigri, non nunquam subalbidi, cum *callositate* eas circumdante. — Joa. de Vigo. Practica copiosa in Arte Chirurgica, etc. Roma 1514, lib. v.

[3] Tractatus de Morbo gallico, Patavium. 1564.

[4] Luis Venereæ curandæ ratio. Parigi 1563.

[5] — S'il y a ulcère à la verge et s'il demeure dureté au lieu, telle chose infailliblement montre le malade avoir la vairole. — Opere di Pareo publicate a Parigi, 1575, lib. 19.

[6] L'Art de guérir les Maladies vénériennes, ecc., Parigi 1673.

per gli insegnamenti di Hunter,[1] Bell,[2] e Ricord; ora lo si ritiene come il segno più caratteristico dell'ulcero infettante, quando ha sede su individuo scevro da precedente lue sifilitica.

L'indurimento di un ulcero, è una speciale durezza dei tessuti intorno e sotto la piaga. L'infiammazione semplice può dar luogo a un'effusione di materiale plastico e conseguente turgore intorno a qualunque piaga; ma l'indurimento specifico ha un carattere affatto distinto. Esso si forma come dicono i francesi, à froid, cioè senza processo infiammatorio; il deposito si effettua senza che vi concorra alcun segno di infiammazione, dolore, calore, rossore e tumore; e in modo sì sordo, per così dire, sì insidioso, che il paziente non se ne accorge, o se ne accorge per caso. Nulla di più comune per un medico, di venir consultato da un individuo, il quale riferisce d'aver avuta una piaghetta alcune settimane prima, ma di poco momento; la toccò col caustico e guarì, ma da poco s'accorse che gli restò un duro al di sotto. Questo duro, è l'indurimento specifico, e dinota che l'organismo è infetto. Un signore venne da me non è molto, per fimosi nè congenito nè infiammatorio, che non gli dava alcun incomodo fuor che il non poter retrarre il prepuzio. Ei non s'era mai accorto d'aver avuto alcun disturbo venereo, ma esaminando le parti trovai, al collare della base del glande, una massa di indurimento larga come una mandorla, percettibile al tatto e quasi anche alla vista. Il fimosi, non dipendeva che dall'ostacolo meccanico presentato dall'indurimento alla retrazion del prepuzio; questa sola difficoltà fu il motivo che lo indusse a cercar consiglio all'arte. Spesso ancora, si incontrano pazienti che cercano consiglio per una cura contro la sifilide costituzionale, e onestamente dichiarano di non aver mai avuto ulceri, quantunque l'indurimento che resta persuada il medico che ci fu l'ulcero e dove ebbe sede.

L'indurimento specifico e il turgore infiammatorio, differiscono anche nei loro sintomi objettivi. I confini del primo sono assai ben delineati, mentre il campo del secondo non può esser limitato

[1] Ricord e Hunter, sulle malattie veneree.

[2] Treatise of Gonorrhæa Virulenta and Lues Venerea, Londra 1793, vol. II, p. 19.

con precisione; l'uno termina recisamente, l'altro va mancando gradatamente, confondendosi colla mollezza della parte; il primo è mobile sui tessuti sottoposti, il secondo aderente. Anche la differenza che se ne rileva al tatto è assai sensibile; l'indurimento specifico è così solido, duro e resistente, che spesso lo si paragona a un pisello spaccato,[1] a una massa cartilaginea; non credo necessario di dover descrivere la consistenza molle e pastosa del comune turgore infiammatorio. Inutile il dire, che non c'è alcuna incompatibilità tra queste due condizioni patologiche, e che quindi ponno benissimo stare insieme, onde in qualche caso, una difficoltà di diagnosi. Tal effetto dell'infiammazione semplice per altro, cessa dentro pochi giorni, in una settimana o due al più, e lascia a nudo l'indurimento specifico che per avventura fosse nascosto sotto per qualche tempo; in ogni caso si abbia riguardo ai ganglj vicini, l'indurimento dei quali è costante ed espressivo quanto quello dell'ulcero.

Nelle masse di indurimento di un certo volume, di cui or ora abbiamo data la descrizione, il deposito avventizio occupa la pelle e la membrana mucosa che sta intorno ai margini della piaga, come anche il tessuto cellulare sotto la piaga stessa. C'è un'altra forma di indurimento, ma meno comune, nella quale il deposito avventizio è limitato alla sola membrana mucosa senza interessare il tessuto cellulare sottostante. Occorre spesso nell'ulcero superficiale ed è chiamato indurimento di carta pecora, imperocchè dà al dito la medesima sensazione come se l'erosione riposasse su uno strato di questa sostanza. Facilmente avvertibile nella maggior parte dei casi, sfugge alcune volte, specialmente ad uno che non lo conosca già.

La situazione dell'ulcero ha influenza, fino a un certo punto, sul grado di sviluppo dell'indurimento; questo per esempio, è per lo più poco pronunciato e della varietà di pergamena, sulle pareti

[1] Questo paragone dell'indurimento specifico e del pisello spaccato, lo si ritiene generalmente di Beniamino Bell; ma l'esame del suo libro mostra ch'egli adopera questo termine per indicare la forma di un ulcero, non già per indicare la consistenza della base. Egli dice: — Un vero ulcero venereo, sovente è largo quanto la base di un pisello spaccato (split-pea) e i margini della piaga sono elevati, alquanto duri e dolenti. — Op. cit. vol. I., p. 19.

della vagina e al margine dell'ano; mentre al contrario è assai sviluppato nel solco alla base del glande e sulle labbra. Alcune autorità in materia andarono anzi tant'oltre, da sostenere che l'indurimento dipende affatto dalla sede della piaga, e citano in prova gli ulceri delle labbra che sono sempre duri; ma come si disse più indietro, questa opposizione alla dualità del virus ulceroso venne combattuta completamente dalle recenti esperienze sull'inoculazione, nelle quali, ulceri a base perfettamente molle ebbero sviluppo anche sui labbri.

Ricord, crede che lo sviluppo sull'indurimento corrisponda alla quantità dei vasi linfatici, più pronunciato quindi dove i linfatici sono abbondanti; e che l'indurimento, in fatto, sia un'infiammazione dei capillari assorbenti con effusione del tessuto che li accompagna. [1] La tendenza che spiega l'indurimento a invadere il sistema linfatico, favorisce questa opinione, la quale però non fu convalidata per quanto io sappia, dalle necessarie ricerche anatomiche. I microscopisti [2] che studiarono l'istologia dell'indurimento, convengono nello stabilire ch' esso è composto di elementi fibroplastici (corpi fusiformi, cellule nucleate, nuclei liberi, materia amorfa), che s'infiltrano negli strati del derma e del tessuto sottocutaneo, senza alcun speciale carattere che la distingua da prodotti simili di origine non specifica. Nella secrezione dell'ulcero non si trovano questi elementi.

Ricord, delle cui accurate ricerche io approfittai largamente nel redigere la presente sezione, tentò di determinare i limiti del tempo entro il quale può aver luogo l'indurimento. Egli stabilisce che succede la maggior parte delle volte nella prima o seconda settimana dopo il contagio; non mai prima del terzo giorno, nè dopo la terza settimana; che per conseguenza se un ulcero deve indurirsi, lo sarà entro il ventunesimo giorno dall'amplesso sessuale nel quale ebbe origine. Io dissento da questo profondo osservatore, con grande esitanza lo confesso, ma siccome io am-

[1] Leçons sur le Chancre, pag. 86.

[2] Robin et Marchal de Calvi, Éléments caractéristiques du tissu fibroplastique et sur la présence de ce tissu dans l'induration du chancre. Séance de l'Académie des sciences, nov. 2, 1846. — Lebert, Traité d'Anatomie Pathologique, vol. II.

metto l'incubazione dell'ulcero infettante, non posso dimettere l'idea che questo punto richiede nuove ricerche avvalorate dai maggiori lumi che oggi possiede la scienza. Crederei d'esser più prossimo al vero dicendo: dopo la comparsa dell'ulcero, invece di dire: dopo l'amplesso nel quale ebbe origine l'ulcero. Prendendo il primo come punto di partenza, non v' ha a dubitare che l'indurimento abbia luogo entro pochissimi giorni; io l'ho quasi sempre osservato nella prima settimana, e non esito a considerarne la mancanza, tanto nella piaga come nei ganglj vicini al termine della terza settimana, come indicazione che il paziente fu libero da infezione costituzionale.

Sigmund [1] di Vienna, dà la seguente tavola delle epoche *dopo il contagio* nelle quali si scoprì l'indurimento in 261 ulceri infettanti.

L'indurimento fu osservato:

Al	9°	giorno	in	71	casi
»	10°	»	»	84	»
»	14°	»	»	76	»
»	17°	»	»	15	»
»	19°	»	»	12	»
»	21°	»	»	3	»
		Totale		261	

Babington, l'editore inglese del trattato di Hunter sulle malattie veneree, emise un'opinione che fu adottata da alcuni pochi autori, che cioè, l'indurimento può aver luogo prima che si manifesti l'ulcero; opinione che non venne però confermata dall'esperienza. Ammesso infine, che si sia incorsi in ogni possibile errore molto prima del manifestarsi dell'ulcero, la data precisa dell'evoluzione dell'indurimento ha un importanza pratica minore, di quando la si considerava quale limite tra la sifilide locale e la sifilide costituzionale.

L'indurimento specifico resta generalmente per molto tempo dopo la cicatrizzazione dell'ulcero, e, a meno che venga distrutto

[1] Wien Wochenschrift, N.° 18. — British and Foreign medico-chir. Review, gennajo 1857, p. 206.

dalla cura, può, in moltissimi casi, restar riconoscibile almeno due o tre mesi e spesso ancor più. Alcune statistiche raccolte da Puche, mostrano che la presenza dell'indurimento è più rara dopo il terzo mese, e che diventa un'eccezione dopo l'ottavo, quantunque Puche riferisca tredici casi nei quali l'indurimento fu percettibile dal 390 al 2062 giorno dopo il contagio; in nove di questi tredici casi, l'indurimento era situato alla solcatura della base del glande, sede favorevole al completo sviluppo e alla pertinacia di esso. Puche osservò un altro esempio di indurimento che durò nove anni. Io vidi diversi casi di due e di tre anni di durata, e Ricord uno di trenta anni. Se ne deduce quindi che l'indurimento è un primo sintomo di sifilide costituzionale, e che il tempo entro il quale la mancanza o la presenza di esso è elemento di diagnosi, è un tempo limitato, quantunque variabile nei diversi casi.

L'indurimento ha certe volte una esistenza più breve; specialmente l'indurimento di carta pecora, secondo Ricord, *può* scomparire affatto prima della guarigione dell'ulcero, lasciando una cicatrice a base molle come l'ulceroide. In molti esempj però, questa forma di indurimento persiste come qualunque altra.

Procedendo il processo d'assorbimento, il nucleo indurito diventa meno solido e meno resistente, e si rammollisce a poco a poco, fino a che non lo si riconosce più. Qualche volta succede una recidiva e riassume i suoi caratteri originali. Ne vidi qualcheduno accompagnare un nuovo irrompere di eruzione sifilitica; mentre in altri casi, parve che la causa eccitante fosse qualche irritazione locale, per esempio un ulcero molle, una vegetazione, ecc.

A differenza dell'ulceroide, è raro che si osservi l'ulcero in gruppi di due o più nel medesimo soggetto. Dei 456 pazienti osservati da Fournier all'Hôpital du Midi, 226 non ne avevano che uno, 115 ne avevano diversi; di quest'ultimi, 86 ne ebbero due, 20 ne ebbero tre, 5 ne ebbero quattro, 2 ne ebbero cinque, 1 solo ne ebbe sei, ed 1 diciannove. Debauge raccolse 60 casi all'ospedale Antiquaille di Lyon: in 41 di essi c'era l'ulcero singolo, in 19 ve n'erano diversi. [1] Queste statistiche ci dicono che l'ulcero in-

[1] Op. cit., p. 6.

fettante è singolo nella proporzione di tre casi ad uno nel quale è molteplice. La proporzione è ancor maggiore nelle osservazioni di Clerc, nelle quali l'ulcero fu singolo in 224 su 267 casi osservati. Comunque sia, gli ulceri infettanti sono molteplici per immediato effetto di contagio, e perchè nell'amplesso furono inoculate parecchie abrasioni ad un tempo. Quando l'ulcero è singolo fin dal principio esso continua così; poichè gli ulceri successivi non erompono mai in vicinanza del primo, come succede dell'ulceroide, e ciò pel fatto che il virus cessa di agire sull'organismo tosto che questo ne fu infetto una volta. Questa spiegazione basta per sè sola, senza ricorrere come fa Ricord, alla poca quantità della secrezione, la quale è d'altronde abbastanza copiosa per inoculare persone sane.

Il modo insidioso col quale si ordisce l'indurimento, caratterizza tutto lo sviluppo dell'ulcero infettante; onde non fa meraviglia ch'esso esista da qualche tempo prima che il paziente se ne accorga, oppure che passi affatto inavvertito. La spiegazione di molti buboni d'emblée, e di supposti casi di sifilide costituzionale senza ulcero, è ormai evidente. Sfortunatamente noi uomini dell'arte, andammo troppo oltre nel calcolare sulle testimonianze dei pazienti di malattie veneree; alcuni accettano questi dati implicitamente; altri li rifiutano costantemente; pochi sanno distinguere tra l'onestà e l'ignoranza che sta necessariamente colla mancanza di esperienza, colla mancanza d'ogni nozione medica.

La secrezione di un ulcero infettante è assai meno copiosa di quella di un ulceroide. Tal differenza è chiarissima, specialmente nell'erosione superficiale, ma è anche percettibile nelle forme incavate, la secrezione delle quali è meno abbondante e purulenta di quella dell'ulcero semplice.

Numerosi esperimenti dimostrano che l'immunità conferita da una sifilide costituzionale, si estende nella maggior parte dei casi e forse in tutti, anche alla piaga iniziale. Fournier inoculò la secrezione di novantanove ulceri duri sui pazienti medesimi, e non riuscì che in uno solo, nel quale l'esperimento fu istituito a brevissima distanza dal tempo del contagio. Puche stabilisce come risultato de' suoi esperimenti, che l'autoinoculazione dell'ulcero infettante riesce solo nel due per cento. Poisson ebbe analoghi ri-

sultati in cinquantadue casi;[1] e Laroyenne non riuscì una volta ogni diciannove.[2] Questi fatti non tendono forse a dimostrare che l'ulcero duro è fin dal principio una lesione costituzionale? La loro importanza nella pratica dell'inoculazione artificiale, quale mezzo di diagnosi è evidente; l'effetto mancato favorisce la supposizione che la piaga è un ulcero infettante. La grande scarsità di riusciti innesti di ulcero duro, sostiene assai validamente la recente supposizione, che questi casi eccezionali siano realmente ulceri misti e non ulceri infettanti incomplicati; se è così, l'autoinoculabilità si deve ritenere come esclusiva dell'ulceroide e dell'ulcero misto.

Bisogna osservare che Henry Lee di Londra, fin dal 1856, e prima che si pubblicassero gli esperimenti dei francesi, additò la difficoltà di inoculare gli ulceri induriti, o — le piaghe sifilitiche affette da infiammazione adesiva specifica, — sulle stesse persone che le portano.[3] Lee sostenne poi, che se un ulcero indurito — la cui secrezione in circostanze ordinarie egli crede mancare di globuli del pus — fosse irritato, per esempio per l'applicazione di un vescicante o di unguento di sabina, è suscettibile di inoculazione, fino a che la secrezione di esso diventa purulenta.[4] Questi sperimenti di Lee hanno bisogno di venir confermati prima di trarne una conclusione. Si stenta a credere come nelle numerose osservazioni francesi, le piaghe siano sempre state esenti da irritazioni, come la secrezione fosse sempre sierosa.

La difficoltà di inoculare il virus di un ulcero infettante, è la medesima tanto agendo su una persona giunta a qualunque stadio di sifilide secondaria o terziaria, quanto su una recentemente infetta.

L'ulcero infettante, in via generale, è di una durata alquanto più breve dell'ulceroide, ma resta sovente fin dopo che si manifestarono i sintomi secondarj — osservazione che non crederei necessaria di fare se non mi fossero capitate persone che credevano che la sifilide primaria debba terminare prima che incominci

[1] Leçons sur le Chancre, p. 274.
[2] Annuaire de la Syphilis, année 1858, p. 241.
[3] British and Foreign Medico-chirurgical Review, ott. 1856.
[4] British and Foreign Medico-chirurgical Review, aprile, 1859.

la secondaria! Di 97 casi osservati da Bassereau, nei quali non s'era fatta alcuna cura, l'eritema sifilitico, uno dei primi sintomi generali, si manifestò in 58 prima, in 18 durante e in 21 dopo la cicatrizzazione dell'ulcero. [1]

Il fagedenismo risparmia generalmente l'ulcero infettante o limita l'azion sua a distruggere l'indurimento circostante. In rari casi però, un'estesa ulcera fagedenica fu adito al virus sifilitico nell'organismo.

Un ulcero infettante, situato sugli integumenti esterni, per esempio sulla guaina del pene, lascia spesso uno speciale colorimento della pelle di una tinta bruna o bruno-rossastra, che non resta mai dopo l'ulceroide; col tempo questa macchia si scolorisce fino al bianco. Un simile esempio si può vedere nell'Iconographie des Maladies Vénériennes di Ricord, tav. 18. [2]

Ricord fu il primo a richiamar l'attenzione sul fatto, verificato poi dopo da molti osservatori, che un ulcero infettante nel periodo di riparazione può venir trasformato in una placca mucosa, e così una lesione primaria viene ad esser cangiata in una lesione secondaria. Una simile trasformazione può verificarsi in qualunque parte del corpo, sulla pelle, o sulla membrana mucosa; è però più frequente sulla mucosa, specialmente quand'è abitualmente in contatto con un'opposta superficie, dove si mantengono e calore e umido; per esempio sulla superficie interna del prepuzio, su quella delle grandi labbra, sui labbri e sulla lingua. Davasse

[1] Op. cit., p. 180.

[2] Sul finire dello scorso anno mi ricordo d'aver osservato due fatti che per lo meno farebbero eccezione alla regola generale delle cicatrici postume all'ulcero indurito infettante. La prima è d'una donna che aveva due ulcerazioni al bordo libero del gran labbro destro, affatto superficiali a fondo rosso-cupo appena indurite alla base, con adenite specifica, che ripararono in poco tempo lasciando una cicatrice rosea. La donna un mese e mezzo dopo era affetta da papule mucose al pudendo ed alopecia: e le due cicatrici ancora un po' indurite avevano l'aspetto di due chiazze d'un bianco cartilagineo.

La seconda è d'un uomo affetto da ulcero della grandezza d'un pezzo da un centesimo alla cute del pene colla solita adenite, al quale un mese dopo sviluppossi una sifilide papulosa generale. La cicatrice dell'ulcero era di un color bianco sporco, e spiccava assai bene sulla tinta cretacea della cute sulla quale trovavasi.

A. Ricordi.

e Deville, studiarono diligentemente i progressivi cambiamenti coi quali si compie questo processo.[1] La superficie dell'ulcero perde l'aspetto grigiastro ardesiaco e si riempie di floride granulazioni, che incominciano alla circonferenza, come nell'ordinario periodo di riparazione; ma precisamente quando questi cambiamenti arrivano al centro della piaga, compare intorno ai margini un bordo stretto, bianco, di materiale plastico, che va estendendosi verso il centro e finisce a coprir l'ulcerazione di una pellicola membranosa, caratteristica di una placca mucosa. Dato che il paziente non venga esaminato prima d'ora, si arrischia di dire che la malattia costituzionale incominciò con una placca mucosa invece che con un ulcero.

Vedemmo già che la maggior parte degli ulceri semplici vanno esenti da reazione gangliare, e che quando ciò succede, è sempre un processo infiammatorio che interessa un sol ganglio, con tendenza alla suppurazione e che dà spesso del pus inoculabile. L'ulcero infettante, al contrario, dà luogo a dei cambiamenti nei ganglj linfatici vicini; cambiamenti con sintomi costanti e speciali, sì che riescono di moltissimo valore nella diagnosi. Molti di questi ganglj si fanno grossi e duri in modo simile alla base dell'ulcero, senza processo infiammatorio: non suppurano fuor che in rari casi, e il pus non è mai inoculabile. Di questo indurimento dei ganglj, ossia del bubone indurito che accompagna un ulcero infettante, parleremo più largamente in altro capitolo.

Ulcero misto. — È una combinazione dell'ulcero molle coll'ulcero duro.

È desso un fatto, o è un'ingegnosa finzione per evitare le difficoltà di una classificazione troppo sistematica?

Nessuno può dubitare che ci possano essere sulla medesima persona al tempo istesso, un ulcero duro e un ulcero molle in diverse località. L'esperienza universale ci dimostra che l'infezione costituzionale non presenta alcun ostacolo agli ulceri semplici. Ond'è che le due specie di lesioni primarie, ponno stare insieme sulla medesima persona. Or supponiamo che, posti vicinissimi l'uno al-

[1] Études Cliniques des Maladies Vénériennes; des plaques muqueuses, Archives Gén. de Médecine, 4.ª serie, vol. IX, p. 182.

l'altro, il virus dell'uno venga in contatto coll'altro, qual effetto se ne avrà? Il veleno verrà neutralizzato o distrutto, oppure ciascuna sorta manterrà le sue speciali proprietà, sì che la piaga risultante abbia a combinare le proprietà di ciascuna specie? l'osservazione clinica e la sperimentale insegnano che quest'ultima supposizione è giusta; essa d'altronde non si oppone a nessuno dei principj stabiliti in patologia.

Eccone un caso riferito da Fournier: —

Alfonso N. d'anni 17, contrasse un ulcero verso la fine del settembre del 1857. Il 3 ottobre fu visitato nell'Hôpital du Midi e si trovò un ulcero circondato da indurimento cartilagineo nella solcatura dietro la corona del glande; le ghiandole inguinali ingrossate, dure, indolenti. Si medicò localmente con vino aromatico, e si prescrisse del mercurio internamente.

Ott. 14. L'ulcero entra nel periodo di guarigione; è meno incavato, ha i margini meno prominenti.

Ott. 24. Peggioramento. L'ulcero originale aumenta in profondità; la base è tuttora assai indurita. Più, sulla cute del pene c'è un altro ulcero largo; base edematosa, però senza vero indurimento. Sonvi anche diversi piccoli ulceri a base molle sulla superficie esterna del prepuzio. Il paziente dichiara di non aver avuto altro rapporto sessuale dacchè ebbe il primo ulcero. Le piaghe recenti dipendono forse da accidentale inoculazione della prima? Alfonso N. entra in questo giorno accettato nell'ospitale.

In principio di novembre, un ganglio linfatico dell'inguine sinistro s'infiammò con processo acuto, presentando tutti i caratteri di un bubone dipendente da ulcero semplice. Suppurò e *il pus fu inoculato con successo.* All'inguine destro, l'ingrossamento e l'indurimento dei ganglj caratteristici dell'ulcero infettante restarono come prima.

Nel dicembre comparvero sintomi secondarj, roseola e placche mucose.

Non ostante le negative del malato, Ricord attribuì gli ulceri più recenti a un recente e secondo contagio; diffatti pochi giorni dopo entrato nell'ospedale, il malato confessò a Fournier, allora interno, che il 15 ottobre ebbe rapporto con una donna della quale diede e nome e indicazione. Aggiunse che il giorno dopo, il primo ulcero s'ingrandì, e che gli altri comparvero due giorni dopo.

Fournier visitò immediatamente la donna indicata da N. e le trovò tre larghi ulceri a base perfettamente molle, uno alla superficie interna del labbro sinistro, uno alla forchetta e l'altro sulle pieghe della mucosa all'ingresso della vagina; duravano da circa tre settimane. I ganglj inguinali inalterati.

Costei confessò a Fournier d'aver parimenti infettato il suo amante, Carlo V., il quale, per una singolare combinazione, era allora precisamente all'Hôpital du Midi; egli pure aveva diversi ulceri semplici a base molle sul prepuzio, più bubone acuto all'inguine sinistro.

Riassumendo si può dire che: un individuo con un ulcero infettante in via di guarigione, con bubone indolente, indurito, ebbe gli amplessi di una donna affetta da ulceri semplici, uno dei quali situato sulla superficie dell'ulcero infettante; nasce un bubone infiammatorio che suppura e dà un pus inoculabile; alla fine si sviluppano sintomi di sifilide costituzionale. [1]

Rollet riferisce un caso simile:

G. Francesco d'anni 20, entrò nell'ospedale Antiquaille di Lyon con un ulcero al meato leggiermente indurito e coll'aspetto solito di un ulcero infettante. La solcatura alla base del glande disseminata di ulceri molli per quanto possibile. I ganglj inguinali induriti. In sei settimane dal contagio, il paziente fu preso da cefalea, roseola sifilitica e dolori reumatici.

Onde confermar la diagnosi della natura delle piaghe, Rollet inoculò la materia tolta da una di queste piaghe indurite, sulla coscia sinistra, e la secrezione delle altre sulla coscia destra. In ambidue il risultato fu positivo. Nacque allora il pensiero che il pus delle piaghe semplici fosse stato depositato in quella indurita, e di là preso colla lancetta. Rollet aspettò quindi che gli ulceri, nella solcatura dietro la corona del glande, fossero completamente guariti, e allora, cauterizzata ripetutamente col nitrato d'argento solido la piaga indurita, ne inoculò la secrezione una seconda volta. Questo innesto produsse la pustula caratteristica

[1] Leçons sur le Chancre, p. 119.

Dic. 17: medicazione con unguento oppiato coll'aggiunta di calomelano.

Dic. 22: inoculazione con effetto.

Secondo Rollet, due o tre giorni dopo l'applicazione del virus di un ulceroide su un ulcero, la piaga prende un aspetto grigiastro come l'ulcero molle, però meno incavata; i margini diventano frastagliati, e la secrezione purulenta più copiosa e saniosa; può dar origine ad ulceri successivi lì intorni, a un bubone virulento. Mantiene però, i caratteri essenziali di un ulcero infettante, e fra gli altri, l'indurimento della base che è sempre patognomonico; i ganglj di ambidue gli inguini sono induriti come al solito, a meno che non sopraggiunga un bubone virulento, e allora i ganglj dell'altro inguine indicano ancora la natura della malattia. Gli effetti costituzionali del vero ulcero non vengono modificati da questa inoculazione, e i sintomi secondarj si manifestano nello stesso tempo, nello stesso modo che nelle ordinarie circostanze. La secrezione più copiosa dell'ulceroide fa sì che questa specie la si possa innestare sull'ulcero infettante, più facilmente che non l'ulcero infettante sull'ulceroide.

Fin qui supponemmo l'inoculazione di una specie di virus succedere al virus dell'altra specie; si dà però il caso, quantunque raro, che il medesimo amplesso riunisca le due sorta. In questo caso l'ulceroide, che non ha periodo di incubazione, si sviluppa pel primo colla sua solita forma, con margini a picco, fondo grigiastro, base molle: più tardi appare l'ulcero infettante, e con esso si induriscono la base della piaga, e i vicini ganglj linfatici. Se, com'è probabile, questi ulceri infettanti che sono autoinoculabili appartengono alla varietà mista, avremo un'idea della frequenza di questa forma dalle inoculazioni di Ricord, Fournier, Puche ed altri; delle quali circa il due per cento furono positive. Le osservazioni di Rollet danno la media del cinque circa per cento. Rollet crederebbe che l'ulcera descritta da Carmichael, Ricord e Royer per *ulcus elevatum*, sia un ulcero misto, il quale appunto tende ad elevarsi sulla superficie lì intorno. [1]

[1] ROLLET, De la Pluralité des Maladies Vénériennes; Gazette Médicale de Lyon, Nov. 7, 1860.

L'unione delle due specie di virus in questa varietà di ulcero, è analoga a quella che succede quando la blennorragia è complicata con un ulcero uretrale, costituendo così la sola vera *blennorragia virulenta;* come anche l'unione di un virus ulceroso con quello della vaccina, del quale non mancano esempj. [1]

Le COMPLICAZIONI degli ulceri sono specialmente due:

1. L'eccessiva infiammazione.
2. Il fagedenismo.

ULCERO INFIAMMATORIO O GANGRENOSO. — L'infiammazione che accompagna un ulcero è certe volte così eccessiva da terminare in gangrena e produrre uno sfacelo dei tessuti vicini, come quello cagionato dall'applicazione di un caustico potente. Questa complicazione succede più facilmente nei casi di fimosi o congenito o accidentale, quando la piaga primaria sta racchiusa sotto al prepuzio. L'estremità del pene è assai gonfia e edematosa, spesso di un color rosso livido; tosto si manifesta una macchia scura di inci-

[2] Io mi associo volentieri all' idea di A. Martin e Dron, nel ricusare all'ulcero misto un' entità patologica a se, una individualità. Il Rollet il quale usufruì della scoperta del suo allievo Laroyenne, ha voluto collocare quest' ulcero in un posto speciale, e con proprj diritti. Esso non appartiene a specie distinta e non nasce, come tale, da un'altro simile. I due virus non si confondono mai; ma ciascheduno agisce a modo proprio quando fortuitamente si combinano: l'ulcero misto è un'unico terreno nel quale due semi diversi eseguiscono separatamente le proprie evoluzioni e tant'è vero che quest'ulcero inoculato sopra un'individuo sifilitico non dà che un ulcero semplice, e sopra uno vergine affatto da contagio celtico, sviluppa per primo l' ulcero semplice, alquanto tempo dopo (per l'inoculazione) nel secondo periodo l'ulcero infettante, nel terzo, cessata l' azione del virus semplice, resta unicamente l' ulcero infettante il quale inoculato sopra un'organismo vergine da sifilide, svilupperà unicamente l'ulcero infettante.

Da ciò si vede chiaramente la separata azione dei due virus: se l'ulcero misto fosse un'ente a se, anche il virus che lo forma dovrebbe esserlo, e noi potressimo inoculare questo virus ed ottenere addirittura un'ulcero misto che si mantenga poi tale fino a perfetta cicatrizzazione; il che è affatto in contraddizione col fatto clinico. La credenza dunque del Rollet, padre putativo e tutore di quest'ulcero misto è affatto erronea e rigettata dal severo raziocinio.

A. RICORDI.

piente gangrena, per lo più sulla superficie dorsale, interessando un certo tratto di prepuzio; la parte costretta, il glande, comunemente soffre meno dell'involucro; se lo sfacelo comprende tutta la provincia intorno all'ulcero, quest'ultimo, caduta l'escara presenta l'aspetto di una semplice ferita, e, importa il ricordarselo, non secerne più pus inoculabile. L'infiammazione degli ulceri complicati con parafimosi può avere un medesimo risultato.

Egli è chiaro che l'eccessiva infiammazione generalmente prodotta dalla costrizione meccanica, dalla violenza, dalla mancanza di nettezza, dall'abuso di alcoolici, la si deve considerare puramente qual complicazione della piaga originale, senza cambiarne la natura sia semplice, sia infettante, senza alterare la probabilità di infezione costituzionale.

L'ulceroide è più esposto a questa complicazione che non l'ulcero infettante. Quando succede nell'infettante, l'indurimento può scomparire per un certo tempo insieme all'escara, ma tosto ritorna nella cicatrice susseguente, e tengono dietro i sintomi secondarj nel tempo e modo soliti. Moltissimi autori inglesi comprendono tra i fagedenici gli ulceri infiammatorj o gangrenosi: pare però che ci siano ragioni sufficienti per seguire la classificazione adottata dai francesi, e considerarle come varietà distinte.

È raro che questa varietà di ulcero sia accompagnata da buboni.

Ulceri fagedenici. — Nell'ulceroide e nell'ulcero infettante, il processo di ulcerazione è per lo più lento e limitato in estensione, e s'avanza press'a poco con egual rapidità in ogni direzione; onde la piaga serba una forma circolare e non interessa i tessuti a molta estensione o profondità. Gli ulceri fagedenici invece, sono caratterizzati dal progredire più rapido, più esteso e più irregolare; questi caratteri però hanno un grado assai diverso secondo i casi.

Nella forma più mite e più frequente di fagedena, la piaga si estende in superficie e profondità oltre i limiti ordinarj; ciò si osserva certe volte in tutta la circonferenza, ma segnatamente in una parte più che nelle altre, onde la forma circolare è perduta, e il contorno si fa irregolare; il processo ulcerativo non è ancora eccessivo, e nel caso di ulcero infettante, si limita spesso alla distruzione dell'indurimento.

Il fagedenismo può fermarsi qui, o andar innanzi e formare un ulcero serpiginoso senza limite d'estensione nè di durata. I margini della piaga di questa varietà sono piccoli, lividi, edematosi, e così larghi ch'essi cadono sulla superficie ulcerata, o si rovesciano indietro come un falda sulla cute intorno; spesso sono perforati qua e là, a contorno assai irregolare come un festone. La superficie della piaga è ineguale, ricoperta da una secrezione densa, poltacea, grigiastra, attraverso alla quale spuntano qualche volta delle floride granulazioni, sanguinanti al più leggiero tocco. Gli ulceri serpiginosi non destano molta reazione. Prediligono il tessuto cellulare superficiale, e inclinano ad acquistare in superficie piuttosto che in profondità. Certe volte rovinano tutta la cute del pene fino al pube, o scendono anche sulla coscia fino al ginocchio, o arrivano sull'addome, o seguono la cresta iliaca. Spesso qui vanno innanzi e là dall'altro lato guariscono. Pare che il loro progredire venga arrestato fin quasi alla cicatrizzazione della piaga, quand' ecco si stabilisce di nuovo una rapida ulcerazione che distrugge il tessuto di nuova formazione. La secrezione loro è copiosa, sciolta, saniosa, e serba le sue proprietà contagiose pei varj anni che può persistere l'ulcera. Lasciano una cicatrice bianchiccia indelebile, rassomigliante a quella che resta dopo una profonda scottatura.

Questa piaga primaria si può confondere coll'ulcerazione serpiginosa della sifilide terziaria. Si può distinguerla però perchè incomincia con un ulcero, per lo più ai genitali, o con un bubone suppurante inguinale, perchè da questo punto di origine va estendendosi con un processo continuo di ulcerazione, il decorso del quale resta indicato dalla informe cicatrice, e perchè non lascia mai alcuna isola di integumento sano. Più, la secrezione è tanto fluida che non si formano croste; se ne possono verificare le proprietà contagiose inoculando la secrezione sul paziente medesimo. [1]

Una terza varietà è conosciuta col nome di ulcero fagedenico gangrenoso, ed è caratterizzato dalla maggiore acutezza del processo distruttore. I sintomi rassomigliano molto a quelli della gan-

[1] Bassereau, op. cit., p. 475.

grena nosocomiale. L'organismo ne resta assai disturbato, polso pieno e duro, lingua sporca, ed altri segni di febbre infiammatoria. Il dolore è qualche volta eccessivo e quasi insopportabile. L'ulcera si estende specialmente alle parti vicine declivi che si infiltrano della secrezione copiosa e maligna. Non risparmia tessuto di sorta e arreca qualche volta danni terribili: il glande, il pene, le labbra vengono certe volte interamente distrutti, i testicoli lasciati affatto nudi.

L'ulcero fagedenico gangrenoso è comune nella classe delle prostitute infime e sregolate, ed anche nelle persone che visitano i clima caldi e che sono soggette a dure fatiche. Fu appunto questa varietà di ulcero che decimò le truppe inglesi nella guerra Peninsulare, quantunque la sifilide fosse una malattia in confronto assai mite, fra gli indigeni.

Qualche volta gli ulceri fagedenici sono accompagnati da buboni, i quali per lo più assumono la medesima azione distruttiva della piaga primaria.

Le osservazioni di Fournier, che già citammo, provano che l'ulcero fagedenico non è sempre trasmesso nella sua propria specie, e che ciò non può dipendere da una distinta sorta di virus. [1] Nè urta a questo principio l'ammettere che la materia contagiosa può avere proprietà nocive, indipendenti dal virus contenuto, ma capaci di eccitare una forma severa di processo ulcerativo. Ciò sembra probabile considerando che la linfa vaccinica derivata da tessuti non sani o lasciata in soluzione fino a diventar putrida, può sviluppare un tal grado di infiammazione da riescir fatale. Ne è prova la mortalità che si verificò nella città di Westford, Massachussett, nella primavera del 1860, per vaccinazione con croste, pure in origine, ma disciolte nell' acqua e lasciate all' aria e al caldo fino alla decomposizione. [2] Nella maggior parte dei casi però, il fagedenismo dipende senza dubbio da qualche forma di cachessia

[1] La verità di questo fatto è anche provata dalle numerose inoculazioni eseguite dallo Sperino il quale non ha mai veduto trasmettersi l'ulcero fagedenico, come tale: secondo questo autore, se la suppurazione di un'ulcero in tal condizione è copiosissima, non è più inoculabile.

A. Ricordi.

[2] Boston Medical and Surgical Journal, maggio 1860.

costituzionale, la cui esatta natura non è sempre manifesta. Altra causa, che era più frequente alcuni anni sono che non ora, è l'abuso del mercurio nella cura delle piaghe primarie; i progressi che fecero in oggi e scienza e pratica, contribuirono a far diminuire questa varietà di ulcero.

Il fagedenismo è una complicazione comune ad ambedue le specie di piaghe primarie, ma è molto più frequente nell'ulcero semplice che nell'infettante [1]; la presenza di esso vuol solo dire, che probabilmente non si verificheranno sintomi costituzionali. Quando questi sopraggiungono sono per lo più di un carattere grave. Babington dice: — I sintomi secondarj che segnono una piaga fagedenica sono severi e intrattabili in modo singolare. Comunemente sono rupia, ulceri gangrenosi della gola, ulcerazioni del naso, dolori muscolari gravi ed ostinati, poi infiammazione del periostio e delle ossa. Gli stessi che seguono l'ulcero ordinario; ma quando succedono a una piaga fagedenica la cura loro è assai difficile; anzi accade qualche volta che la costituzione del paziente si esaurisca prima di loro, terminando fatalmente. — [2]

Bassereau trova anche una certa relazione tra la gravezza della piaga primaria e quella dell'eruzione sifilitica. Così di 68 ulceri che precedettero una sifilide pustulosa, 20 furono fagedenici e 4 serpiginosi; [3] 18 di 50 ulceri che furono seguìti da un'eruzione tubercolare lasciarono distruzione di tessuto. Si ricorderà invece che 143 sopra 170 ulceri seguiti da eritema sifilitico non erano che erosioni, e che soli 10 spiegarono una leggierissima tendenza al fagedenismo.

Bassereau ritiene che una simile relazione ci sia anche tra la lesion primaria ed altre lesioni costituzionali, e stabilisce la regola che — le miti eruzioni sifilitiche, e in generale, quei sintomi costituzionali che hanno poca tendenza a suppurare, seguono le forme più miti di ulcero indurito; invece le eruzioni pustolose, e più

[1] Il fagedenismo nell'ulcero infettante non rende immune l'organismo da ulteriori manifestazioni di sifilide, come la gangrena distrugge la virulenza dell'ulcero semplice.

A. Ricordi.

[2] Ricord e Hunter, on Venereal, 2 ed., pag. 351.

[3] Op. cit.

tardi, le affezioni ulcerose della cute, le esostosi che terminano in suppurazione, la necrosi, la carie, tengono dietro agli ulceri induriti fagedenici. — Ammettendo vera in via generale, questa regola, non si vuol dire che l'ulcero fagedenico abbia alcun potere speciale di infezione; bensì che la piaga primaria la si può tenere qual indice dello stato dell'organismo, che determina in molta parte, e la gravezza dell'ulcero e quella dei futuri sintomi costituzionali. [1]

DIAGNOSI.

Potendo esaminare una piaga qualunque ne' suoi periodi di sviluppo e di declinamento, è raro che non si possa decidere se la sia un ulcero o no, e nel caso a quale specie appartenga. Succede tutt'altro quando, dopo un solo esame, s'ha a dare un giudizio sulla natura di una erosione o d'un ulcerazione, specialmente quando ci si riferisce una storia del caso imperfetta, o per ignoranza o per malizia del malato; certo che nella maggior parte dei casi la diagnosi è facile ma in molti è difficile, in alcuni impossibile. Ciò dipende molto dal tempo in cui si vede la piaga. L'ulceroide e specialmente l' ulcero duro in pieno sviluppo, presentano sintomi sui quali un medico pratico di sifilide è difficile s'abbia a ingannare; ma a un periodo antecedente, particolarmente se l'ulcero sta su una soluzione di continuità che c'era prima, nessun occhio, nessun mezzo può dire subito se ci sia o no virus specifico.

Queste osservazioni non sono già insignificanti, in quanto che quasi tutti i pazienti hanno in capo che un abile chirurgo possa riconoscere a prima vista un ulcero; ed io conobbi giovani pra-

[1] La complicazione di fagedenismo, e specialmente della difterite tiene moltissimo all'indole della costituzione. Gli scrofolosi, gli scorbutici, coloro che hanno gravi malattie viscerali, o che fecero uso smodato di mercurio, di bibite alcooliche, inoltre tanto quelli che vivono in cattive condizioni igieniche, come gli altri usi agli eccessi della vita, sono quasi esclusivamente attaccati da queste complicazioni.
Quanto facile è il diagnostico di questi ulceri altrettanto difficile e grave ne è la prognosi.

A. Ricordi.

tici che avevano la stessa idea sbagliata, trovarsi conturbati per essere caduti in errore. A costoro sarà di consolazione il sapere che l'esperienza quantunque faciliti la diagnosi, non può, abbenchè vasta, far capace il pratico di dire, dopo un solo esame: quì si tratta d'un ulcero, quì no. Io pure quando ero studente dimenticai le difficoltà che s'incontrano sulla via dell'imparare, e l'imbarazzo che si prova ignorando fin dove è possibile una diagnosi. Scorrendo le opere sulla sifilide e specialmente le sezioni che trattano della diagnosi, si trova che molte di esse sono oscure, altre diffuse e piene di piccolezze che non si verificano in pratica, e mai o quasi mai che si insinui l'idea dell'impossibilità in molti casi di giungere a una diagnosi. Lo studente insomma sente che gli mancano quelle regole poche e precise e pratiche, come ognuno dopo una certa esperienza se le formola in testa, e sulle quali basarsi quando s'abbia a determinare la natura d'ogni qualunque piaga sospetta postuma a coito sospetto.

Or supponiamo che ci si presenti un individuo un giorno o due dopo esser stato da una prostituta, e ci presenti una o più abrasioni superficiali sul pene, prodotte da violenze nell'atto del coito. Ognun vede ch'è impossibile il voler determinare così presto se queste abrasioni siano o meno inoculate da virus di un ulceroide o di vera sifilide. Tenendole nette e difese col frapporvi un pezzuolino, dopo un giorno o due se ne rende più chiara l'indole loro; o è una semplice abrasione, e in questo tempo indica già un avviarsi alla cicatrizzazione; o è un ulcero, e assumerà i caratteri di un'ulcerazione specifica.

Poniamo ora che tre o quattro giorni dopo un amplesso venereo, si presenti un individuo con uno o più piccole ulcerazioni sul glande o sul prepuzio, che usciron fuori dalle ventiquattro alle quarantotto ore dopo il coito. L'essersi sviluppate sì presto non è già argomento che torni in favore d'una diagnosi d'ulcero infettante il quale ha un periodo di incubazione. Osservando troviamo che lì intorno si presentano tante altre piccole piaghe; se non sono ulceri infettanti, possono essere ulcerazioni susseguenti a vescichette erpetiche, od ulceroidi. La prima supposizione è probabile quando si verificasse che il paziente va o andò soggetto ad eruzioni erpetiche; quando ci fossero diverse altre piaghette disposte a gruppo circolare, alcune delle quali forse, mantengono la forma di vesci-

cole o di vescico-pustule; e quando le ulcerazioni siano superficiali. L'altra supposizione è probabile, se le ulcerazioni sono disposte irregolarmente, se perforano tutto lo spessore della membrana mucosa, se presentano i margini tagliati a picco e il fondo grigiastro dell'ulceroide. Se si vuole, si può confermare la diagnosi, inoculandone la secrezione sul braccio o sulla coscia; se trattasi di un erpete, l'innesto riesce negativo; se trattasi di ulceroidi è positivo. Ancora la prima forma, in moltissimi casi, guarisce e scompare presto in tre o quattro giorni con una medicazione semplice; un ulceroide invece ingrandisce o resta stazionario, e va prendendo caratteri sempre più pronunciati.

Dopo il quarto o il quinto giorno, i sintomi d'ambedue le sorta di ulcero, si riconoscono generalmente, senza molta difficoltà; ma vi sono però certi punti ai quali bisogna aver molta attenzione.

Le applicazioni irritanti (per esempio, la cauterizzazione fatta dal paziente medesimo prima di presentarsi al medico), possono larvare i sintomi in modo da rendere impossibile la diagnosi, fin tanto che non sia cessato l'effetto dell'applicazione stessa.

È più facile ingannarsi quando gli ulceri sono situati lontano dagli organi genitali. Meno forse, trattandosi d'ulcero infettante che non d'ulceroide, a motivo dalla base indurita e della condizione dei ganglj, nell'infettante.

La forma superficiale d'un ulcero infettante, materialmente non è diverso in aspetto da una comune escoriazione, o dalle ulcerazioni superficiali della balanite: l'ulcero si può distinguerlo per esser comparso tardi dopo il coito, per l'indurimento, e per la maggior persistenza. Però non si deve dar campo ad alcun sospetto d'ulcero, quando l'eruzione è circondata da semplice infiammazione della membrana mucosa, a meno che non si scopra l'indurimento dei ganglj inguinali; ond'è che nei casi apparenti di balanite si deve sempre esaminare le condizioni di questi corpi.

Nè si deve trascurare di far il possibile per esaminare la persona dalla quale si prese la malattia. Siccome non c'è mai scambio tra l'ulceroide e la vera sifilide, i sintomi presentati da chi diede ad altri una piaga primaria, illumineranno sulla natura della malattia in chi l'ha avuta. La mancanza di indurimento, la presenza di un bubone suppurante, o, purchè non si sia già fatta una cura generale, il non comparire dei sintomi generali entro tre mesi

dopo il contagio, nella prima persona, ci indicherà che la seconda non è affetta che da un ulcero semplice. Se invece una persona con ulcero specifico indurito o con sifilide costituzionale, comunica una piaga a un'altra persona, quest'ultima senza dubbio, ha un ulcero infettante. Questo metodo di arrivare a una diagnosi, ha uno speciale valore quando trattasi di individui maritati. Spesso, informato da mariti affetti da sifilide, ch'essi ebbero comunicata la malattia alla moglie, riuscii a curare quest'ultima con rimedj specifici, senza esame delle parti, senza che essa il sapesse, evitando così una divisione e una disgrazia reciproca.

L'innesto della secrezione di una piaga venerea sulla persona che la porta, è prova sicura di ulceroide, di nessun valore quando si tratta di ulcero infettante.

I sintomi più importanti d'un ulcero infettante sono: l'indurimento della base, l'indurimento dei ganglj linfatici vicini. Ci sono sempre o quasi sempre tutt'e due insieme. Dei due, io ritengo l'ultimo sempre presente. Non bisogna fidarsi molto nè sempre della mancanza d'indurimento della base, anche dietro quanto mostrò Ricord, il quale dice che questo sintomo certe volte scompare dopo pochi giorni; onde può darsi che non ci sia già più e sia andato via prima che il paziente si presentasse al medico. Si riferiscono casi osservati da uomini degni di fede, di ulceri a base perfettamente molle, e che pure furon seguiti da sifilide costituzionale; tali esempj però, sono rarissimi. Se da poco tempo si applicò alla piaga un caustico o un astringente, bisognerà andare cauti nell'ammettere l'indurimento della base; esaminate la condizione dei ganglj vicini; non metteteci altro che semplici applicazioni per una settimana o due, e poi vedete se l'indurimento persiste. L'infiammazione dei tessuti intorno possono contraffare o mascherare l'indurimento specifico; qui ancora, ricavate dall'esame dei ganglj, o diferite la diagnosi fino a che i prodotti infiammatorj non ebbero tempo di venir assorbiti.

Ammettendo anche che siano possibili dei casi senza indurimento della base e dei ganglj, pure questi due sintomi prominenti di un ulcero infettante sono costanti ed importanti più di qualunque altro in tutta la patologia; non possiamo nè domandare nè aspettare di più. Se è vero che l'assorbimento del virus sifilitico succede all'istante stesso che è penetrato sotto l'epidermide, e che quindi

non vi è mezzo di impedire l'infezione costituzionale con una cura abortiva, diminuisce d'assai il bisogno di una pronta diagnosi, più di quanto si supponeva: e nei casi dubbj, possiamo aspettare se fa bisogno, fin dopo il tempo nel quale, dato il caso, si manifestano sempre i sintomi secondarj.

La presenza di un ulcero misto ci è indicata da una o più ulceroidi in vicinanza di una piaga primaria che presenta i soliti sintomi di un ulcero infettante, come pure dalla presenza di indurimento gangliare in un inguine e di un bubone suppurante nell'altro, specialmente se il pus è inoculabile. Anche senza questi sintomi può darsi che un ulcero infettante appartenga alla varietà mista, poichè non sempre l'ulceroide è seguito da bubone suppurante; in tal caso se ne determina esattamente la natura mediante l'inoculazione artificiale.

Aggiunta di A. Ricordi. — L'ulcero infettante indurito può anche andar confuso colla papula mucosa esulcerata od abrasa: un errore di diagnosi in tal caso, secondo me, non implica conseguenza di sorta: in ambedue i casi se la forma fu primitiva, riscontransi le adeniti indolenti, specifiche, corrispondenti. Anche il tumor gommoso, isolato ed ulcerato può simulare l'ulcero infettante; dalle informazioni del malato sul modo di sviluppo di quest'accidente tardivo, l'assenza di adenopatia, e la probabile coincidenza o precedenza di altri sintomi celtici pregressi condurranno il medico alla giusta conoscenza della malattia. Un errore grave che implicherebbe una importuna e dannosa terapia, errore che fu commesso più volte anche da' pratici stimati, e che la scienza ha registrato onde che possa essere ovviato, si è l'aver preso per ulceri infettanti, gli epiteliomi, e viceversa. Blacheyre, Heurtaux, Clerc, ne citano dei casi nei quali furono esportati ulceri infettanti scambiati per epiteliomi e curati come sifilitici questi ultimi. Pochi mesi or sono fui invitato da un collega a visitare un suo parente affetto di un tumoretto esulcerato al labbro inferiore che si sospettava per cancroide, oppure per la così detta ulcera cronica dei fumatori; atteso che l'ammalato assicurava non essersi messo da qualche mese nell'occasione di contrarre malattia sifilitica. Trattavasi invece d' un ulcero indurito con voluminosa ade-

mite sotto-mascellare, datante da un mese circa, ed accompagnato da una roseola sifilitica la meglio caratterizzata. Gli comparvero in seguito papule mucose all'ano. Costui ricordavasi però che uno de' suoi amici coi quali soleva pranzare ed accomunare gli utensili da tavola, aveva delle ulcerazioni sifilitiche alla bocca.

I caratteri distintivi però di queste due malattie così disparate, il più delle volte sono evidenti e non è possibile cadere in errore. Bisogna confessare però esservi dei casi molto ardui nei quali fa duopo di andar ben cauti nel giudicare e di osservare con somma attenzione.

Il Follin in un suo articolo sulla eruzione papulo-ulcerosa, frequente negli operaj che maneggiano il verde di Schweinfurt (arsenito di rame), osserva come questa forma possa andar confusa coll'ulcero in discorso, soggiunge però che in tali casi l'indurimento della base è assai limitato, senza infiammazione e che manca l'adenite fatale; di più vedonsi sul corpo altre simili ulcerazioni aventi nel centro una macchia verdastra caratteristica.

CARATTERI DIAGNOSTICI DELL'ULCERO SEMPLICE E DELL'ULCERO INFETTANTE.

ULCERO SEMPLICE.	ULCERO INFETTANTE.
	Origine.
Deriva sempre da un ulcero semplice o da un bubone virulento.	Deriva sempre da un ulcero infettante o da una lesione secondaria.
	Caratteri anatomici.
Generalmente molteplice; è così fin dal principio, o per successiva inoculazione.	Generalmente singolo; molteplice, quando lo è fin dall'origine, raramente o quasi mai per inoculazione successiva.
Ulcerazione a forma incavata, perforante tutto lo spessore della pelle o della membrana mucosa.	Spesso è un'erosione superficiale; non interessa tutto lo spessore della pelle o della membrana mucosa; di color rosso e press'a poco al livello della superficie circostante. È un ulcero con
Margini netti a picco, come se tagliati con uno stampo, non aderenti perfettamente ai tessuti sottostanti.	Margini obliqui, duri, spesso elevati, e perfettamente aderenti ai tessuti sottostanti.
Superficie piana ma ineguale, rosicchiata; tutta coperta da una secrezione grigiastra.	Superficie sinuosa o crenata, morbida, qualche volta grigiastra al centro.

ULCERO SEMPLICE.	ULCERO INFETTANTE.
Caratteri anatomici.	
Nessun indurimento alla base, a meno che cagionato da caustici od altro irritante, o da infiammazione semplice; nei qual caso l'ingorgo non è circoscritto, va mancando nei tessuti circostanti, e dura per poco.	Indurimento sodo, cartilagineo, circoscritto, mobile sui tessuti circostanti. Certe volte rassomiglia a uno strato di pergamena che tappezzi la piaga. Persiste generalmente per molto tempo.
Tendenze patologiche.	
Secrezione copiosa, purulenta, inoculabile.	Secrezione scarsa, specialmente sierosa; difficilmente inoculabile quando pure vi si riesca, sul paziente o su altra persona con diatesi sifilitica.
Guarisce lentamente. Spesso s'estende e assume il processo fagedenico.	Meno indolente dell'ulceroide. Il fagedenismo è raro ed è generalmente limitato.
Può affettare la medesima persona per un numero indefinito di volte.	Avutolo una volta si resta completamente o in parte preservati contro una seconda.
Affezione ghiandolare caratteristica.	
In quasi tutti i casi manca la reazione gangliare. Quando c'è, s'infiamma una ghiandola con processo acuto e per lo più suppura. Pus spesso inoculabile e dà un ulcero molle.	Tutti i ganglj inguinali superficiali in uno o in ambidue i lati, ingrossati e induriti; distinti l'uno dall'altro, facilmente mobili; indolenti, suppurano di rado. Pus non mai inoculabile.
Prognosi.	
È sempre un'affezione locale, e non può infettare l'organismo. La cura specifica, con mercurio e ioduro sempre inutile per non dire dannosa.	È un affezione costituzionale. Circa sei settimane dopo la piaga, e rarissimamente dopo i tre mesi, si manifestano i sintomi secondarj, a meno che non siano stati impediti o tardati dalla cura. [1]

[1] Le statistiche del Cullerier sarebbero lontano dall'attribuire una grande frequenza relativa tra l'ulcero molle e l'indurito. Dai rilievi del di lui servizio all'ospitale del Mezzodì nel 1861 risulterebbe che sopra 414 uomini affetti da ulcero, in 143 erano molli, in 250 induriti, ed in 21 dubbj. La medesima ossevazione sarebbe stata pur fatta dal Cullerier nel servizio delle donne (Lourcine). Come spiegare cotanto diverso risultato?

L'ulcero infettante non è trasmissibile alla specie bruta come il semplice, il quale gode di questa proprietà. Oltre a questi caratteri differenziali H. Lee in un suo lavoro recente sulla inoculazione della sifilide pretende che la secrezione dell'ulcero semplice sia ben diversa di quella dell'infettante; le osservazioni microscopiche del Lee non sono da tenersi per buone, stante che giudicando delle due figure inserite nel suo lavoro si può esser certi che l'autore è caduto in un grave errore. Pare anche che l'ulcero semplice è abortitile se convenientemente cauterizzato al suo sviluppo, mentre non lo sarebbe l'infettante.

A. Ricordi.

Aggiunta di A. Ricordi. — In che consiste l'indurimento della base dell'ulcero? Ha esso in sè qualche cosa di specifico, o è un prodotto semplice della infiammazione? È desso il sintomo patagnomonico dell'ulcero infettante, oppure condivide queste proprietà cogli ulceri semplici? Qual significato gli si deve attribuire?

Nuovi studj, nuove osservazioni, e la critica scientifica imparziale mi obbligano a rispondere ai quesiti che mi son fatti od a porre in campo un mezzo di ravvicinamento, se pure è possibile, tra i due partiti in cui oggidì è diviso il campo della sifilografia: unicisti, e dualisti.

L'indurimento della base dell'ulcero lo si vorrebbe dalla scuola di Ricord non solo ma da tutti i dualisti, come il fatto culminante, patognomonico che indica essere l'ulcero infettante e quindi obbligatoriamente seguito dall'iliade celtica: l'assenza di esso in tutti i periodi d'evoluzione dell'ulcero sarebbe di così buon augurio da non esitare a giurare che l'individuo che porta questa forma in tal condizione, andrà esente da manifestazioni sifilitiche. A questo punto così importante di dottrina sifiliatrica, furon mosse, ed a ragione da uomini distintissimi e coscienziosi, serie objezioni risultanti dall'evidenza del fatto clinico: furono contrapposti dei casi di sifilide generale susseguita ad ulcerazioni affatto molli ed abbastanza numerosi per non crederli eccezionali od ambigui.

In allora si dovette ritornare sull'argomento dell'indurimento, studiarlo viemmeglio e tener conto di tutte le possibili variazioni dei suoi caratteri fisici accessibili al tatto, onde non cadere in errore di diagnosi. Da qui complicatissime e scolastiche classificazioni, e diciamolo pure, sforzi d'ingegno e fors'anco spirito di parte per sostenere che tutti gli ulceri capaci d'infezione dovevano avere un periodo di indurimento. Il dualismo credette di soccombere se non sosteneva in qualche modo il suo assunto; e non teneva calcolo che moltissimi altri caratteri e di maggior importanza, improntano quest'ulcero fatale, e che la durezza della base non è il criterio sovrano che lo contraddistingue!

Chi legge la lezione di Ricord sull'indurimento dell'ulcero, resta a dir vero sorpreso come questo carattere fisico, che dovrebbe mai variare, perchè supposto patognomonico, guida sicura al pra-

tico nella diagnosi e nella prognosi, sia per lo contrario così camaleontico. Ora è tipico: elastico, renitente, cartilagineo, d'un ragguardevole spessore, d'una estensione rilevante; ora assomiglia alla consistenza della carta-pecora; ora è anche più sottile in modo che è necessario saper toccarlo e sentirlo, persino saper cercarlo e scoprirlo.

Ma vi ha di più, ora è persistente in tutta la durata dell'ulcero, or può scomparire colla soluzione di continuità; alcune volte resta molto tempo, persino degli anni, dopo la cicatrizzazione; e non infrequentemente appena prodottosi in poco tempo svanisce e non lascia traccia alcuna di sè: il che equivale a dire, è necessario che il pratico lo sorprenda.

E così incostante, così variabile, e sotto tutti questi aspetti, deve presentarsi un sintomo che differenzia cotanto due specie di ulceri? Anzi secondo lo stesso Ricord, sulla mucosa vaginale od uterina l'indurimento non solo perde della sua renitenza e nettezza, e diviene meno facilmente apprezzabile, ma può anche mancare: secondo questo autore l'indurimento è cotanto dottrinale, che vi possano persino essere degli ulceri induriti senza indurimento. Il dogmatismo giunse fino a tal punto.

Secondo il mio modo di vedere, tutto l'errore dei dualisti, fu d'aver denominato la natura di un'ulcero da un carattere frequente sì, ma che l'osservazione clinica rigorosa è lontana dall'ammettere come patognomonico. Coesiste infatti colla pluralità degli ulceri infettanti un'indurimento della loro base il quale ha il più delle volte dei caratteri proprj, e felicemente gli venne imposto il nome di indurimento a freddo perchè sopravviene senza sintomi palesi di infiammazione, e tante volte persino inavvertito agli stessi malati; ciò che non succede dell'indurimento che deriva da condizioni flogistiche dell'ulcero semplice. Una volta formatisi questi due indurimenti non sempre è facile il differenziarli se non si tien calcolo dello stato dei ganglj, dell'aspetto della piaga e della pronta comparsa del primo, della lenta e tardiva del secondo. Un'altro carattere è questo, che l'indurimento dell'ulcero venereo non cambia l'aspetto proprio di questa piaga, la quale continua ciò non ostante a mantenersi a fondo lurido e molto suppurante; condizioni che non si verificano mai nell'ulcero indurito infettante.

Ricord fu troppo dogmatico ed ha errato nel voler basare parte del suo edificio scientifico sopra instabile terreno: ma d'altra parte molto fuori di proposito fu detto che questa sua gran divisione degli ulceri era basata solamente sopra un poco di fibrina (indurimento).

È vero che studiato da valenti micrografi questo indurimento dell'ulcero, fu analizzato e descritto in varj modi, e che nessuno fino ad ora ha trovato in esso qualche cosa di specifico, ha potuto in certo qual modo stigmatizzare questo prodotto. Ma tale appunto è affatto inopportuno dal momento che nè l'anatomia, nè la chimica, nè la microscopia ha potuto ai giorni nostri trovare il carattere distintivo delle produzioni sifilitiche. Il così detto sifiloma ossia prodotto della sifilide con caratteri determinati, che il Wagner di Lipsia crede aver trovato, non è ancora notizia entrata nel dominio della scienza ed è lecito il dubitarne. Ma perciò chi si farà a dubitare seriamente sulla natura sifilitica per esempio della papula mucosa?

Strettamente parlando è certo che l'indurimento dell'ulcero è il prodotto d'una flogosi, come anche lo è la gomma od il tubercolo sifilitico, ma forse come questi ultimi accidenti ai quali per caratteri istiologici assomiglia di molto, esso è il prodotto di una flogosi speciale non apprezzabile per ora; è coll'ulcero il foriero ma non obbligato della sifilide generale. Ad ogni modo non è necessario che esista perchè l'ulcero sia infettante; e fortunatamente il clinico, all'infuori di questo malfido carattere, ne ha degli altri e patognomonici pei quali tranne che in casi speciali può esser certo di distinguerlo dagli ulceri semplici. E questi caratteri, che è inutile ch'io qui ripeta, sono riconosciuti pure dagli unicisti; i quali sanno benissimo fare la prognosi di quegli ulceri che noi diciamo derivare da un virus speciale infettante.

È ben di giusto che anche ad essi si faccia giustizia, che nella scienza si tenga calcolo delle importanti loro osservazioni di sifilide generale svoltasi dietro ulcerazioni affatto molli, e si creda che non sia necessario l'indurimento perchè l'ulcero sia infettante.

Ed infatti chi è quèl sifiliatro il quale non osserva degli ulceri che hanno tutti i caratteri proprj degli infettanti, ma che mancano completamente di indurimento alla base, ulceri che accompagnati dall'adenite speciale diedero poi la sifilide generale? Ma la scuola

francese aveva esercitata una pressione morale troppo forte su tutti i suoi seguaci che giurarono nel vessillo nel quale stà scritto: la porta della sifilide è un' ulcero indurito; e si supponeva che questo indurimento vi doveva essere stato, oppure che la località non permetteva di ben rilevarlo.

Io che mi dichiaro dualista fino a che gli unicisti abbiano portati argomenti più validi ed incontrovertibili a sostegno della loro teoria, io che ho dubitato dell'indurimento, come criterio sovrano d'infezione, e che fin dal principio de'miei studj sulle malattie veneree, manifestava pubblicamente questo mio dubbio, e citava fatti in appoggio, dichiaro però che l'indurimento della base o la sua mancanza, non prova menomanente l'esistenza d'un unico virus. E spero che la rigorosa e spassionata osservazione conduca i dualisti a rifiutare completamente il nome di indurito all'ulcero, per sostituirvi quello di sifilitico od infettante.

Sorge ora un'altra domanda per sapere cioè se tutti gli ulceri induriti siano infettanti.

Il più delle volte sonvi criterj abbastanza univoci per esser sicuri che un'ulcero in tal condizione apporterà certamente la sifilide generale; e sono: l'aspetto della piaga, la durezza quasi propria della base, il modo ed il tempo di sua formazione, l'inoculazione, [1] ma più di tutto la concomitanza del bubone specifico. Sfortunatamente però in alcuni casi, l'ulcero può essere già allo stadio di riparazione, l'ammalato non sà dare informazioni precise, vi può essere un'ingorgo adenico non molto distinto e tipico, oppure negli individui scrofolosi pastacei può sorgere un bubone, frequente in tali individui, che simuli di molto l'adenite che accompagna l'ulcero sifilitico. In allora la diagnosi resta sospesa; ma questi casi sono eccezionali, e si può dire che ordinariamente il pratico riesce

[1] Il Robert, grande campione dell'unicità del virus ulceroso, mancato da poco tempo alla scienza, in un'ultimo de'suoi pregevolissimi lavori confermava con numerose osservazioni una sua antica credenza che cioè l'ulcero infettante può essere, nella maggioranza dei casi, inoculato all'individuo che lo porta, ed incorraggia i suoi collega a ritentare la prova onde sanzionare le sue osservazioni. Egli, per quanto mi sappia, fu però il solo, fra moltissimi esperimentatori che sarebbe riuscito in tale impresa: n'ebbe da solo il privilegio, ma ad ogni modo mi parebbe opera non gettata il ritornare nell'argomento onde stogliere qualsiasi dubbio.

a fare una giusta prognosi dell'ulcero, a meno che non entri in scena l'ulcero misto il quale può contribuire anch'esso a svisare l'aspetto della condizione patologica.

Strettamente parlando però l'ulcero indurito non è sempre seguito dalla sifilide generale poichè anche nel semplice può indurirsi la base e simulare molto, come ho notato, l'indurimento più proprio al primo. Ed è perciò che io spiego come lo Sperino, il Sigmund ed il Robert ritengano che alcuni ulceri induriti vanno esenti da consecutive manifestazioni celtiche.

Da quanto ho esposto io mi sento autorizzato a concludere che l'indurimento dell'ulcero è un prodotto di infiammazione che noi fino ad ora non sappiamo se specifico o semplice. Che però non è il sintomo che possa da solo contraddistinguere le due specie di ulceri. Che la sua presenza può solo contribuire al diagnostico.

CURA.

Sarebbe bene che il medico o il chirurgo, prima d'accingersi a curare una qualunque malattia, potesse sempre conoscere fin dove la natura può far senza dell'opera sua.

Quanto agli ulceri primarj, non c'è più dubbio ai nostri giorni, che siano capaci di spontanea cicatrizzazione senza l'ajuto dell'arte. Nessuna osservazione meglio di questa doveva alterarsi in forza dell'opinione, generalmente adottata da qualche anno, che il mercurio fosse il toccasano dell'ulcero, e che quella piaga che guarisce senza mercurio non poteva essere un ulcero. Questo errore è in oggi pressochè abbandonato, e il vederlo ripetuto in un'opera recente di un distinto ostetrico, deve eccitare il riso di ognuno appena versato nello studio della sifilide. Ond'è ch'io non credo necessario di confutarlo quì, ma richiamerò solo l'attenzione sulla verità dell'opposta proposizione, poichè importa l'averla presente nella cura degli ulceri primarj. Onde ripetere in modo più preciso quanto si è asserito riguardo all'applicazione sua sia alla cura locale, sia alla cura generale, esporrò qui questi due principj: —

Quantunque la cura generale mercuriale, favorisca senza dubbio la cicatrizzazione di alcuni ulceri (gli infettanti), *pur non è ne-*

cessario al compimento di questo processo, e nella maggior parte dei casi (presi gli ulceri in complesso) *affatto dannosa.*

Ogni piaga primaria, tranne forse le fagedeniche, può guarire spontaneamente senz'altra cura locale fuor che la pulizia, generalmente in pochi mesi, spesso in poche settimane, ma per lo più con maggior danno e incomodo del paziente, che non quando interviene il soccorso dell'arte.

L'opera dell'uomo dell'arte, deve quindi tendere a limitare il processo distruttore, e preservare per tal modo parti importanti; affrettare la cicatrizzazione per ristabilire il benessere del paziente, e diminuire il pericolo di comunicare ad altri la malattia. Altro scopo che si ritenne di grandissima importanza, è quello di impedire l'infezione costituzionale; ci faremo a ricercare fin dove la pratica ci permetta di riuscire in ciò.

Io considererò la cura degli ulceri, partendo da tre punti:

1. La cura generale.
2. La cura abortiva o distruttiva.
3. Le applicazioni locali.

Cura generale. — La questione più importante rispetto alla cura generale, sta nell'impiego del mercurio. Dissi già che questo agente non è essenziale alla cicatrizzazione di nessuna specie di piaga primaria, ma l'effetto suo però è maggiore sull'una che sull'altro. Se diffatti, mancassero ulteriori prove sulla loro distinta natura, noi le potremmo trovare nell'ostinazione colla quale l'ulcero semplice resiste all'azion del mercurio, nella facilità invece colla quale guarisce l'ulcero infettante sotto la medesima influenza. Se io debbo giudicare dalla mia esperienza, nessun fatto è più chiaro di questo. Io sono così pienamente convinto di questa verità, che nella cura di un ulcero indurito, ritengo la cura generale, più che sufficiente a combattere l'infezione costituzionale, e l'affezione locale è per me appena degna di attenzione. Appena che coll'uso del mercurio compare il più leggier segno di rammollimento delle gengive, e spesso anche prima, l'ulcero senz'altra cura fuor che la pulizia locale, comincia a migliorare, e guarisce rapidamente in pochi giorni. Anche quando i sintomi locali sono insolitamente gravi, come per esempio quando c'è fimosi, con tormento

del malato, ma senza che si richieda un immediato soccorso per minaccia di gangrena, se sotto il prepuzio si sente l'indurimento specifico, il medico può affidarsi tranquillamente all'uso interno del mercurio, mezzo di pronto giovamento. Negli ulceri infettanti però, che inclinano al processo fagedenico, bisogna far senza del mercurio, o adoperarlo con prudenza combinato a un qualche tonico, il ferro per esempio o il chinino, ma senza spingerlo mai fino alla salivazione.

D'altra parte, io sono egualmente persuaso che il mercurio non ha alcuna benefica influenza sull'ulceroide, il quale continua ostinato od anche progredisce, ancorchè l'organismo sia completamente sotto l'influenza del mercurio. Questa proposizione non è già una derivazione dalla dualità del virus ulceroso, ma è fondata sull'esperienza. Io era pienamente convinto di questo fatto per osservazione mia personale, e cessava di impiegare mercurio negli ulceri molli, diversi anni prima che emergesse la distinzione tra le due specie, e spesso ancora viddi altri medici dare i mercuriali nella cura dell'ulceroide, ma la mia opinione non vi trovò che appoggi. Alcuni anni sono, dovetti assentarmi dalla città per tre settimane, e affidai la cura di cinque individui con ulceri molli a un mio collega; al mio ritorno, li trovai in salivazione e colle piaghe peggiorate. Potrei riferirne molti altri di questi esempj di individui con ulceri semplici che passarono dalla cura d'altri medici alla mia, dopo una cura mercuriale senza il più piccolo vantaggio.

Il fagedenismo, tranne la forma mite che certe volte complica gli ulceri infettanti, controindica l'uso del mercurio. Esso influenza l'azion distruttiva del fagedenismo, la rende assai più devastante, gli imparte un potere maggiore, lo fa progredire più rapidamente. È questo un consiglio, breve, ma non mai abbastanza ripetuto: *Non date mai mercurio nei casi acuti di fagedenismo.*

Riguardo all'uso del mercurio nella sifilide primaria, i pratici si possano disporre in tre schiere: 1. Quelli che lo somministrano indistintamente in tutti i casi di ulcero. 2. Quelli che ne limitano l'uso agli ulceri induriti. 3. Quelli che non lo impiegano affatto nella cura degli ulceri primarj.

Il somministrare mercurio indistintamente in ogni caso di ulcero, è una regola che ci derivò fin da quando regnava la maggior confusione in materia venerea; quando la blennorragia, l'ulcero

semplice, l'ulcero infettante, si ritenevano come essenzialmente una sola cosa; quando cadauna di queste affezioni era tenuta qual sorgente di infezione costituzionale, e gli esempj di coloro che la sfuggivano erano spiegati, attribuendo il fausto caso alla felice influenza del mercurio. I progressi che fece in questo secolo la medicina, misero da parte l'uso del mercurio nella blennorragia, ma in generale non ebbero la medesima buona riuscita nella cura dell'ulceroide. Eppure è difficile il dire su quali basi alcuni pratici fondano tuttora l'impiego indistinto di questo minerale in tutti i casi di ulceri primarj. Non c'è fatto meglio stabilito di questo che: una gran proporzione di ulceri (almeno tre su quattro), non sono mai susseguiti da sintomi secondarj, quand'anche non si sia istituita alcuna cura. Il mercurio può impedire che si formi una disposizione sifilitica, come suppose Hunter, nella piccola minoranza di coloro che si sono realmente esposti? Questa idea, nata dall'ignoranza del naturale decorso degli ulceri primarj, or si sa che manca affatto di prove. Forse perchè si credette impossibile il distinguere tra quelli ulceri che termineranno e quelli che non termineranno colla infezione costituzionale? Ammettendo che sia così, si verrebbe a dare mercurio a tre pazienti che non ne hanno bisogno, per arrivare a darlo al quarto pel quale è veramente indicato; e pel medesimo supposto, si dovrebbe ritardare la cura fino a che siano sviluppati i sintomi secondarj, poichè non c'è prova alcuna la quale dica che il mercurio abbia allora minor potere sulla diatesi, più che non poco dopo il contagio. Io credo però che l'uso indistinto del mercurio abbia ancora radici nella pratica medica, piuttosto per la riputazione che se ne ebbe nei primi anni, per forza dell'esempio e dei primi precetti appresi, che non per buone ragioni che si abbiano in suo favore.

Le objezioni a questo metodo sono decisive, e si possono stabilire in poche parole. In primo luogo, si viene con esso ad assoggettare senza necessità, all'influenza di un energico agente, un gran numero di persone, il che è dannoso. Sir Astley Cooper parlando dell'uso del mercurio nella blennorragia al Guy's Hospital, disse che: — Il costringere uno sfortunato paziente ad una cura mercuriale per una malattia che non lo richiede è un procedere che disonora una medica instituzione; — questa asserzione non è men vera per un ulcero che non sarà susseguito da infezione costituzionale, nè meno applicabile alla pratica privata.

In secondo luogo, la durata della cura adottata da coloro che danno mercurio senza distinzione, è quasi necessariamente insufficiente a impedire i sintomi secondarj dopo un vero ulcero infettante; ne ritardano solo l'esordire, e frattanto ingannano il paziente facendogli credere falsamente d'essere sicuro. Mi feci a ricercare e dai medici che non fanno alcuna distinzione tra l'ulcero molle e l'ulcero duro, e dai pazienti che furono in tal modo curati, per quanto tempo generalmente essi continuino la cura mercuriale. Trovai, che alcuni danno mercurio fino al rammollimento della gengiva e non più in là, il qual rammollimento succede entro circa quidici giorni; alcuni altri continuano per un mese ancora o sei settimane, nel qual tempo sono contentissimi di esulcerare la bocca due e possibilmente anche tre volte. Il risultato generale del loro metodo, giustifica ai loro occhi questa pratica. Supponiamo che vengano trattati così venti pazienti; quindici n'escono senza, cinque incorrono nella sifilide secondaria; alcuni di questi ultimi probabilmente non si rivedono più perchè passano in cura di altri medici, ed ecco in qual modo resta apparentemente stabilita la sufficienza della cura in una maggioranza preponderante; ma sfortunatamente per questo ragionamento, dei venti pazienti, quindici sarebbero andati egualmente esenti ancorchè non avessero preso affatto mercurio.

Una cura mercuriale fedelmente seguita per un mese o sei settimane od anche per due mesi, non basta a sviare i sintomi secondarj susseguenti ad ulcero infettante, tranne forse in qualche raro caso; è questa una verità ch' io traggo dalla mia propria esperienza, e per trovarne una conferma mi rivolgo a quel medico qualunque il quale abbia curata una dozzina di casi di ulcero primario accompagnato da indurimento ben pronunciato, e che abbia tenuti d'occhio i suoi pazienti per un pajo d'anni dopo. Quà e là un qualche individuo fortunato, dopo il suo ulcero ne esce senz' altro danno, ma quasi tutti entro un anno presentano qualche sintomo costituzionale. Onde, quando un paziente mi fa la sua storia antecedente, e mi dice d'aver avuta *sifilide* alcuni anni prima, poi sento ch' ei non ebbe che un ulcero pel quale prese mercurio per due, tre, sei settimane, e che non ebbe sintomi susseguenti, io non esito a credere che quell'ulcero era assai probabilmente un ulceroide, e che il suo organismo non fu infetto da sifilide.

Or torniamo al nostro argomento; questa breve cura mercuriale, quando l'ulcero appartiene alla specie infettante, non serve che a ritardare l'erompere dei sintomi secondarj al di là del tempo ordinario della loro comparsa. Tranne che per la persistenza dell'indurimento (il valore del quale ignorano quasi tutti coloro che seguono questo metodo), nessuno di loro può dire se il paziente ebbe un ulcero semplice o un ulcero infettante, se la salute continuata sino alla fine dei sei mesi dipenda dalla natura del virus o dall'effetto della cura, se il paziente sarà sicuro per l'avvenire o no. Può darsi che il paziente credendosi sicuro, s' ammogli; e può darsi che nel viaggio da sposo erompano delle sifilidi, s'infetti un ovo, e da questo la moglie. D'altra parte, quando la piaga originale fu un ulceroide, il medico ha l'onore d'una guarigione ch'egli non ebbe effettuata, oppure la storia del caso aggiunge alla confusione che prevale in sifilide, caso mai o lui o la sua prole, facciano nascere il sospetto di lue sifilitica; poi se ne ricorda la storia in qualche libro dove si parla di malattie ereditarie insieme ad altri casi meravigliosi, e si dice che la blennorragia in uno dei parenti diede origine a sifilide nei figli, venti anni dopo, senza altri sintomi nel frattempo. Insomma, la condizione passata, presente e futura d'ogni paziente che fu assoggettato a questo metodo tutt'altro che filosofico di cura, metodo basato su una errata diagnosi della malattia, e che non fa che oscurare la storia susseguente, resterà sempre soggetto a dubbio e a congetture.

Or supponiamo il caso di una persona che ebbe una piaga primaria qualche mese prima, le cui tracce sono oscure, e per la quale prese mercurio in cura d'altro medico, e che ci domandasse se può contrarre matrimonio senza pericolo; noi ci troveremmo assai imbarazzati nel dare una risposta. Il paziente ci riferisce una relazione troppo indefinita e non possiamo appoggiarvi la nostra opinione; sono passati più di tre mesi dalla comparsa dell'ulcero, non persiste in sito indurimento alcuno, ma le ghiandole inguinali sono più grosse senza che ci sia indurimento pronunciato. In tali circostanze è quasi impossibile il determinare s'egli ebbe un ulceroide, nel qual caso non avrebbe a temer nulla, oppure s'ebbe un ulcero vero, le cui tracce siano scomparse, e i naturali effetti del quale non si siano sviluppati a motivo della cura, ma che però potrebbero ancora venir in campo. Se non si conosce il sistema di pratica se-

guito dal medico che lo curò, non si può dare una risposta evasiva e bisogna aspettare consigli dal tempo.

La seconda delle tre classi nelle quali sono distinti i pratici quanto al metodo da loro seguito nel dare il mercurio, comprende quelli che somministrano questo agente solo nei casi di lesione primaria accompagnata da indurimento specifico. Questa classe già assai numerosa, va rapidamente aumentando, comprende una gran parte dei nostri vecchi pratici che hanno accettati i progressi della scienza, e tutti probabilmente coloro che fondarono le loro idee in sifilide sul sapere moderno, non su quello del passato. E non è troppo il dire che la rivoluzione estesa e radicale che ebbe luogo in questi ultimi dieci anni nella cura della sifilide, diventerà universale nella prossima generazione. Inutile il dire che il limitare i mercuriali agli ulceri induriti, va pienamente d'accordo colla dottrina della dualità del virus ulceroso; è bene però il sapere che per adottare tal pratica non è essenziale il credere in questa dottrina; questo metodo di somministrare il mercurio, nacque assai prima che si stabilisse l'assoluta distinzione tra le due specie di ulceri primarj.

Certo che molti di coloro che adottano questo metodo di cura diranno: Ci insegna l'esperienza che gli ulceri induriti vengono certamente seguiti da sintomi secondarj; quanto agli altri ulceri, non possiamo dire se succederà così o no; ond'è che noi somministriamo il mercurio nel primo caso, e quanto agli altri, aspettiamo che il tempo decida se è o meno indicato il mercurio. Questo è il ragionamento dei chirurghi dei varj ospedali di Londra, dove, secondo l'autorità del *Medical Times and Gazette* — la regola di pratica seguita pressochè universalmente, è di non dar mai mercurio fuor che per gli ulceri induriti e suoi risultati —[1]

Lo stesso giornale stabilisce come segue i fondamenti sui quali è basata questa pratica: — Nella maggior parte degli ulceri non seguiti da indurimento, non si osservano fenomeni costituzionali susseguenti; è impossibile il distinguere tra quelli che potranno finire così e quelli che non lo saranno. Non resta pertanto alcuna alternativa fuor di questa: o dare mercurio spessissimo senza necessità, od aspettare in questi casi fino a che si sia pronunciata la

[1] Medical Times and Gazette, agosto 1858, p. 221.

vera natura dell'affezione. — [1] Troviamo quindi che si può adottare lo stesso metodo di cura tanto da coloro che non attribuiscono all'indurimento che un'importanza secondaria, come da coloro che vi riconoscono l'espressione di una distinta specie di virus.

La minore delle tre classi, comprede quei pratici che si astengono dal mercurio in tutti i casi di ulcero primario, o molle o indurito, fino a che non siano scomparsi i sintomi secondarj. Questa classe probabilmente non è molto estesa. La persona più eminente che vi appartiene, per quanto io sappia, è l'illustre chirurgo di Lyon, Diday, autore dell'eccellente trattato sulla sifilide dei bambini. Un altro è il Dr. Thad. Halsted, chirurgo al New-Jork Hospital, il cui nome è di gran peso in questa specialità. [2] Naturalmente si suppone che coloro che appartengono a questa classe, si astengano dal mercurio diffidando del valore prognostico dell'indurimento. Non è così. Nessuno meglio di Diday crede più fermamente nella diversità di natura e dei sintomi delle sue specie di ulcero; egli si astiene dalla cura specifica degli ulceri, non perchè dubiti della certezza dell'infezione costituzionale, ma perchè crede che sia meglio pel paziente il lasciar fare alla malattia il suo naturale decorso; anche nel periodo secondario egli non adopera mercurio fino a che non vi si trovi spinto dalla gravezza dei sintomi. Comunque si pensi di questa pratica, non possiamo però a meno d'esserle riconoscenti, per aver indotto Diday a darci preziose informazioni sulla storia naturale della sifilide.

Il Dr. Halsted mi dà la seguente relazione del suo modo di pratica. L'esperienza lo persuase già degli effetti durevoli del mercurio sugli individui tubercolosi, ed osservò diversi casi nei quali la cura specifica della sifilide, parve affrettare lo sviluppo della tisi in persone tubercolose: intorno a questo tempo gli si presentò un signore appartenente a famiglia nella quale c'era già consunzione, e gli domandò consigli per un ulcero assai bene indurito.

[1] Medical Times and Gazette, *Hospital Notes*, genn. 16, p. 62.

[2] Più avanti farò conoscere come anche l'illustre sifilografo italiano, lo Sperino si attenga a questo metodo di cura degli ulceri che si può supporre, infetteranno l'economia.

A. Ricordi.

Halsted si astenne dal mercurio fino al comparire dei sintomi secondarj, e allora institui una cura di ioduro di potassio; scorsero diversi anni, e il paziente non ebbe a soffrire alcun disturbo. [1] Il successo ottenuto in questo caso indussero il Dr. Halsted a temporeggiare in ogni caso di ulcero primario, avvertendo al tempo stesso i pazienti del loro pericolo, ed invitandoli a farsi vedere di tempo in tempo. Questa pratica sperimentata per molti anni lo convinse che la cura mercuriale nella sifilide non è certo meno soddisfacente quando la si differisce fino al manifestarsi dei sintomi costituzionali, se pur non lo è di più quando la si comincia presto.

Il lettore avrà già potuto capire quali siano le mie idee in proposito. Io ritengo che l'uso indistinto del mercurio nelle piaghe primarie non è necessario, contrario alla scienza, e da rigettarsi; che un ulcero che non sarà seguito da sintomi secondarj, lo si può quasi sempre distinguere da quello che precede un'infezione; che il mercurio si deve dare solo quando la diagnosi di un ulcero infettante è chiara e sicura; e che nei casi eccezionali di dubbio carattere si deve osservare il paziente, senza cura alcuna, fino a che sia trascorso il solito periodo di incubazione dei sintomi secondarj. Io preferisco questo piano a quello adottato da Diday e da Halsted, perchè generalmente salva il paziente da un repentino irrompere di eruzione sifilitica, dalla caduta dei peli ed altri sintomi sgradevoli alla vista e che lo pongono in posizione spiacevole presso le conoscenze; quando succedono dopo l'uso del mercurio, questi fenomeni sono per lo più alquanto modificati e meno pronunciati. Lo preferisco anche perchè il mercurio è il miglior mezzo per affrettare la cicatrizzazione dell'ulcero infettante; ed è bene il toglier via questa piaga il più presto possibile onde diminuire le eventualità di contagio e favorire il benessere del paziente, nel caso che l'ulcero sia incavato, poichè la varietà superficiale è di pochissimo incomodo. Io non trovo inoltre ragione alcuna per credere che la cura sia più efficace quando la si differisca fino al manifestarsi dei sintomi secondarj; con questo tardare non si guadagna nulla.

[1] Io non ammetto che qui si trattasse di un vero ulcero indurito, le naturali conseguenze dal quale siano state sviate coll' ioduro di potassio.

Nel capitolo sulla cura della sifilide generale, parlerò ampiamente della somministrazione del mercurio.

Quanto alla cura generale dei casi di ulceroide e di ulcero infettante non complicati, ci resta poco a dire dopo quanto si osservò sull' uso dei mercuriali. È però importante che il medico osservi bene il modo di vita del suo malato, che ne regoli le secrezioni, che ne diriga la dieta, l'esercizio ecc., allo scopo di mantenere meglio che sia possibile la buona salute; proibisca d'altra parte gli stimolanti, e gli eccessi d'ogni sorta, evitando in pari tempo di abbattere l'organismo onde non si favorisca il progredire dell' ulcerazione o s'aggravino i susseguenti sintomi secondarj. In generale non è necessario obbligare in casa il paziente od impedire che attenda alle sue occupazioni, a meno che non ci vadi unito un grado insolito di esercizio e di fatica. Il sopraggiungere dell'infiammazione, come per esempio nell'ulcero infiammatorio, richiede un regime e una cura antiflogistica proporzionata alla gravezza dei sintomi. Al contrario quando ha luogo la gangrena, e quando gli ulceri in genere sono su persone di costituzione indebolita o rovinata, si ricorrerà a una dieta nutriente, spesso anche ai tonici ed agli stimolanti.

La cura generale degli ulceri fagedenici, deve appoggiarsi alla conoscenza della causa dell'azione distruttiva, quando la si può conoscere. Il fagedenismo ha luogo per lo più in persone indebolite da molte cause: l'intemperanza, la vita sregolata, la miseria, le abitazioni umide, insalubri; in questi casi si richiedono cibi nutrienti, gli ordinarj conforti della vita, e i tonici vegetali e minerali. La scrofola è un' altra fonte copiosa di fagedenismo, e dà l'indicazione dei preparati d' ioduro e d'altri rimedj antiscrofolosi. Per diminuire il dolore, e frenare il progredire della malattia, giova spesso l' oppio a dosi moderate e ripetute in modo da tener il malato moderatamente sotto l'influenza di esso. Moltissimi osservatori ne hanno riconosciuto i buoni effetti sul processo ulcerativo, e gli riconoscono un'influenza tonica. Rodet riporta diversi casi di ulceri serpiginosi che resistettero a molti e svariati rimedj, e che cedettero all'oppio. Rodet incomincia con circa 5 centigrammi di estratto gommoso d'oppio mattina e sera, e ne va crescendo la dose a poco a poco ma rapidamente, in modo che l'organismo non vi s'abbia ad abituare prima che abbia avuto luogo l'effetto tera-

peutico. Egli preferisce darne due larghe dosi nelle ventiquattro ore invece di dosi più piccole e ripetute più spesso, onde non disturbare le digestioni, nel medesimo tempo vini leggieri copiosamente, i quali dicono, correggano la tendenza alla costipazione.[1]

Spesso è impossibile il rintracciar la causa del fagedenismo. Le condizioni generali del malato sono buone; le sue funzioni tutte si compiono a dovere; eppure l'ulcero continua ad estendersi. In tal caso non abbiamo miglior speranza che nella cicatrizzazione profonda; e la cura generale diventa più o meno sperimentale.

Il tartrato di ferro e di potassa è un rimedio eccellente negli ulceri fagedenici, e in tutti quegli ulceri primarj che richiedono l'impiego di un tonico. Ricord dice che questo rimedio è il *nemico nato* del fagedenismo, e gli attribuisce un'influenza quasi specifica sul processo ulcerativo. Io posso aggiungere la mia testimonianza a quella di Ricord, non che quella di moltissimi altri medici, e lo raccomando vivamente nei casi di cui parliamo.

Tartrato di ferro e di potassa grammi 15.
Acqua grammi 100.
Siroppo grammi 100.
M.

Se ne prende da un piccolo cucchiajo a un cucchiajo da tavola tre volte al giorno, un'ora dopo il cibo: e se ne applica anche sulla piaga.

Accadde qualche volta che un'erisipela arrestasse il processo del fagedenismo, e decidesse la cicatrizzazione di ulceri serpiginosi, intrattabili a qualunque sorta e forma di medicazione. Buzenet ne riferì un esempio a Ricord;[2] ed altri medici ne citano altri casi.

Cura abortiva e distruttiva. — Molti chirurghi credono che l'ulcero infettante sia in principio un'affezione locale, e che l'organismo non ne resti contaminato se non alcuni giorni dopo la comparsa dell'ulcero; e quindi che la subita e completa dis-

[1] American Journal of Medical Sciences, ott. 1856, dal Bulletin de Thérapeutique, XLIX.

[2] Leçons sur le chancre.

truzione della piaga sia capace di sviare l' infezione dall' organismo. Ci si consiglia quindi di cauterizzare l'ulcero appena si manifesti, e ci si dice che se il caustico riesce a distruggere i tessuti per un'estensione oltre la sfera dell'influenza specifica, caduta l'escara, non rimane che una piaga semplice, e il nostro paziente è preservato dall'infezione costituzionale.

Questo metodo detto *abortivo*, è identico a quello che si adotta nelle altre ferite avvelenate, come le morsicature dei serpenti velenosi o dei cani arrabbiati, e lo si vuole ragionevole in un caso come negli altri. È un metodo antico che, come mostrò Fournier, fu raccomandato da Giovanni da Vigo nel 1508; e che in tempi più moderni, s'ebbe la sanzione di Hunter. Al giorno d'oggi chi lo sostiene maggiormente è Ricord; la sua vasta esperienza, le sue finissime facoltà di osservazione bastano per loro stesse a inspirare confidenza in qualunque metodo di cura raccomandato da lui. Nelle sue Note all'Hunter, [1] Ricord dice che la cura abortiva riesce sempre quando la si applica non più tardi del quinto o sesto giorno dopo il contagio, e che non successe mai che un ulcero distrutto entro questo tempo, sia stato seguito da infezione costituzionale. Nelle sue Leçons sur le Chancre [2] però restrinse il termine al quarto giorno, e parrebbe anzi che dovrebbe essere ancor più prossimo al tempo del contagio, poichè egli ammette che l' indurimento certe volte si sviluppa al terzo giorno, ciò che dimostra che ebbe già luogo l'infezione costituzionale.

Il prof. Sigmund di Vienna, il cui campo d' osservazione non è forse minore di quello di Ricord, crede egli pure fermamente nell' efficacia di questo metodo, e dice che in undici anni di pratica, e in più di mille casi nei quali instituì il metodo abortivo, non ebbe mai a vedere sintomi secondarj susseguenti a un ulcero che fu completamente distrutto entro quattro giorni; e che osservò due soli casi dubbj, nei quali la cicatrizzazione al quinto giorno fu inefficace; ma ritiene che possa spesso riescire anche dopo questo tempo.

Ho addutte queste testimonianze in favore del metodo abortivo,

[1] 2.ª edizione, p. 320.
[2] Pag. 206.

prima di esporre le mie opposizioni a questa cura, onde il lettore possa meglio giudicare, e perchè nessuno sia indotto per colpa mia ad una erronea conclusione. Certo che non è poca nè leggiera la responsabilità di far nascere sospetti su un piano di cura il quale, se fosse basato su principj corretti, salverebbe ogni anno migliaja di persone dal terribile flagello della sifilide costituzionale. Eppure, in onta a queste solide testimonianze, io non credo che la cura abortiva degli ulceri infettanti abbia un pregio pratico. Io credo che, per quanto presto il paziente ricorra al medico dopo comparso un ulcero infettante, il danno è già fatto. Il periodo di incubazione, che già stabilimmo, è argomento assai valido per questa mia opinione. Se il punto inoculato resta tranquillo per alcuni giorni senza manifestare alcuna traccia di processo infiammatorio, il susseguente esordire dell'ulcero non si può ascrivere ad altro che a cambiamenti ch' ebbero già luogo nell' organismo in generale; se così è, la cauterizzazione dell'ulcero sarà inefficace ad arrestare l'azione del virus, come se si applicasse alla pustula vaccina, o alla morsicatura d'un cane idrofobo, la quale si sia tornata a tumefare e ad aprire ai primi sintomi di idrofobia.

Or qui vediamo quanto sia inesatta l'analogia che si volle stabilire colle ferite avvelenate, colla quale si volle sostenere la cura abortiva degli ulceri. Se una persona viene morsicata da un animale arrabbiato, e se tosto le si taglia via e si cauterizza la parte offesa, c'è qualche speranza di evitare ogni danno ulteriore; ma nessuno si aspetterà l'immunità quando la cura avesse ad esser messa in effetto dal primo al quarto giorno. È lo stesso dell'ulcero infettante; il tempo per applicare efficacemente la cura abortiva, se fosse possibile, sarebbe immediatamente dopo il coito; il ritardo d'un'ora, forse di pochi momenti, la rende inutile. Gli esperimenti fatti con altri ulceri morbosi, provano che l'assorbimento è pressochè istantaneo. Bousquet inoculò il virus vaccino, poi subito dopo applicò delle coppette e lavò la parte con acqua clorurata, senza con questo aver potuto impedire l'evoluzione della pustula. [1] Renault, chirurgo della Scuola veterinaria di Alfort, inoculò il farcino su dei cavalli, escise la parte ed applicò il cauterio attuale dopo

[1] Traité de la Vaccine.

un'ora, ma gli animali morirono della malattia inoculata.[1] Esperimenti simili fatti col virus della pustula pecorina, provarono che l'assorbimento di esso si effettuava in cinque minuti non più.

Le condizioni nelle quali ha luogo il contagio, in molti esempj d'ulcero infettante, sono precisamente le stesse di quelle degli esperimenti or citati: un virus specifico applicato su una superficie recente, prodotta in un caso da violenza nel coito, nell'altro da una lancetta. Nè il corso dei fatti verrà materialmente ad esser cambiato in quegli esempj nei quali il veleno viene depositato su una parte sana di integumento o di membrana mucosa, dove agisce, in principio come semplice irritante, poi acquista terreno e penetra al dissotto della superficie mediante l'ulcerazione dell'epitelio; dal momento che la piaga è prodotta, il virus è nella stessa condizione di quando fu applicato su una abrasione o su una soluzione di continuità.

Ond'è che possiamo concludere, che per quanto sia giustificato il ragionamento fondato sull'analogia tra un veleno specifico e un altro, non c'è motivo alcuno per supporre che il virus sifilitico possa rimanere in contatto con una soluzione di continuità per diversi giorni, senza che vi succeda assorbimento. Ma quantunque questa argomentazione abbia un certo peso, bisogna confessare che per sè stessa non conclude nulla; poichè, quantunque assai improbabile, non è però affatto impossibile che i fenomeni d'assorbimento del veleno sifilitico siano diversi da quelli d'altro qualunque veleno specifico conosciuto; è una questione la quale deve alla fine appellarsi al giudizio dei fatti.

Se non che l'importanza dell'esperienza di Ricord e di Sigmund viene ad essere molto diminuita, per non dire affatto cancellata, da molte considerazioni. In primo luogo, i sintomi diagnostici fra le due specie di ulcero, non sono mai manifesti nei quattro giorni susseguenti al contagio, onde riesce impossibile a ciascuno di questi chirurghi l'indicare un solo dei loro numerosi casi di indubitabile esempio di infezione costituzionale, impedita colla cura abortiva. Si sarebbe potuto determinare la natura dell' ulcero, riferendoli alla piaga dalla quale derivò, ma questi mezzi di diagnosi erano

[1] Académie des Sciences, 1849.

sconosciuti allora quando essi instituivano le loro osservazioni, onde non vi si ebbe mai ricorso. È cosa da non dimenticarsi, nel caso si facessero altre ricerche su questo argomento.

Più, gli ulceri infettanti non costituiscono che la minor parte del complesso delle piaghe primarie, cosicchè i *più che mille casi* addutti da Sigmund ci impongono più apparentemente che in realtà. Argomento però ancora migliore per non ammettere questa testimonianza, è la scoperta recente del periodo di incubazione dell'ulcero infettante, che pone il tempo ordinario del suo sviluppo oltre i limiti assegnati da questi chirurghi all'efficacia della cura abortiva, e torna quindi assai dubbio il punto se, in ciascuno dei casi sui quali essi fondano il loro assunto, non si avrebbe avuta sifilide, anche senza alcuna cura di sorta. [1] Ci siamo già riferiti alle ricerche di Diday su 29 casi di ulcero infettante, dalle quali emerse che la media del periodo d'incubazione era di 14 giorni. In 28 casi osservati da Ponset, la media fu di 8 giorni, e in 11 casi raccolti da Fournier fu rispettivamente di 3, 4, 5, 5, 5, 5, 6, 6, 6, 7 e 9 giorni. La media dedotta dal complesso di questi 68 casi sarebbe di *nove giorni.* [2]

Questo periodo d'incubazione dell'ulcero infettante, ragione assai valida per diffidare dell'assunto di Sigmund e di Ricord, rende anche difficile il rifiutare positivamente le loro osservazioni per via di fatti che presentino precisamente le condizioni ch'essi richiedono. Si citano però moltissimi casi nei quali la cauterizzazione fatta pochi giorni ed anche *poche ore dopo lo sviluppo dell'ulcero,* non impedì l'infezione costituzionale; cosichè per lo meno bastano a dimostrare che non possiamo fidarci del metodo abortivo. Diday cauterizzò largamente degli ulceri quattro giorni e mezzo, cinque giorni dopo il coito, eppure s'ebbero fenomeni secondarj. In un altro caso, di un paziente che si esaminava colla massima cura ogni giorno e quasi ogni ora, l'ulcero non si sviluppò che un mese dopo

[1] Non riescirà incredibile nè tampoco improbabile che Ricord si sia ingannato per venti anni e più sugli effetti della cura abortiva, quando si considera che, quantunque inoculasse abitualmente per un periodo eguale di tempo la secrezione degli ulceri primarj sulle persone che le portavano, pure tardò fino adesso in ultimo, a scoprire che l'ulcero infettante non è autoinoculabile.

[2] Gazette Médicale de Lyon, 1859, p. 570.

l'amplesso, e si applicò la cura abortiva entro *sei ore* dal primo manifestarsi; la piaga guarì in tre giorni, ma dopo tre settimane s'ebbero sintomi secondarj. [1] Più recentemente [2], Diday ha riferiti i seguenti casi: —

1. Un uomo d'anni 45, un qualche cosa di sifilofobo, e quindi attentissimo osservatore dello stato de' suoi organi genitali, consultò Diday il 24 settembre 1858, per un ulcero del quale il paziente s'era accorto tre giorni prima. Questa piaga fu tosto cauterizzata colla pasta di acido solforico e carbone vegetale, in uso all'Hôpital du Midi.

Il paziente fu riveduto il 3 ottobre; l'ulcero era guarito lasciando una bella cicatrice sana. Però nacque una certa inquietudine per l'avvenire, a motivo di un po' di indurimento di qualche ganglio inguinale.

L'8 novembre la cicatrice presentava una massa di indurimento assai marcata, ed erano anche molto indurite le ghiandole in ambidue gli inguini; c' erano croste al cuojo capelluto.

Novembre 19. Tutto il corpo coperto da un'eruzione papulosa color di rame.

2. Un giovane soggetto ad erpete prepuziale, e che aveva l'abitudine di consultare il suo medico ogni volta che si riproduceva l'erpete, si presentò il 21 settembre 1858, con un piccolo ulcero sulla cute del pene, che durava da soli due giorni. Si applicò tosto la pasta di Canquoin e la si lasciò sull'ulcero per due ore.

Una settimana dopo, stava bene apparentemente, ma la prognosi restò alquanto dubbia, per una leggiera durezza del volume di un grano di miglio che si sentiva premendo la cicatrice fra le dita.

Il 27 ottobre incominciò sull'addome la roseola sifilitica; e il 4 novembre era generale e certa. Il paziente ebbe anche acne del capo, ingorgo dei ganglj cervicali, cefalea, ecc.

3. Un giovane, che per esperienza incominciata di buon'ora erasi

[1] Gazette Médicale de Lyon, 1858, 1 marzo.

[2] Annuaire de le Syphilis, 1858, p. 134.

fatto famigliare cogli ulceri, domandò consiglio il 14 ottobre 1858 per una piccola abrasione comparsa, a suo dire, solamente ventiquattro ore prima. La si cauterizzò tosto colla pasta carbo-solforica.

Ottobre 28. La piaga era cicatrizzata ma lasciò un indurimento pronunciato, anche nei ganglj inguinali.

Novembre 26. Il paziente presenta un'eruzione sifilitica papulosa con croste al cuojo capelluto.

Langlebert cita il seguente caso: —[1]

4. Uno studente di medicina, assai bene edotto d'ogni argomento relativo a sifilide, consultò Langlebert per un piccolo ulcero dietro la corona del glande, ch'egli assicurava esser comparso solo due giorni prima. La piaga era assai superficiale, larga appena quanto una testa di spillo, non indurita, nè accompagnata da ingorgo dei ganglj inguinali. La si cauterizzò il giorno stesso col nitrato d'argento, e guarì in meno di una settimana.

Non si manifestò alcun indurimento degli inguini, ma due mesi dopo si dichiarò la sifilide costituzionale.

Questi casi sono sufficienti a dimostrare che la pronta distruzione di un ulcero infettante non può impedire la sifilide generale. Infatti, come già dissi, l'esistenza di un periodo di incubazione, durante il quale il punto d'innesto non offre alcuna alterazione, prova che l'ulcero istesso deve essere considerato qual effetto dei cambiamenti che ebbero luogo nell'organismo. Non dobbiamo adunque nutrire speranza alcuna di arrestare l'azione del virus per mezzo della cura abortiva; precisamente come non dobbiamo aspettarci di ritornare l'organismo alla condizione anteriore alla vaccinazione, col distruggere la pustula vaccina.

Così ho tentato di dimostrare che la cauterizzazione distruttiva è inefficace allo scopo cui fu spesso diretta, cioè a prevenire la sifilide costituzionale; e credo che la si dovrebbe abbandonare perchè inutile e perchè sottomette il malato a sofferenze senza necessità, ogniqualvolta ci sia fondamento a credere che l'ulcero ap-

[1] Moniteur des Hôpitaux, dicembre, 21, 1858.

partiene alla specie infettante. Nei casi dubbj però, vi ricorreremo ancora, caso mai la piaga sia un ulceroide, il quale si può distruggere assai meglio in principio che dopo.[1]

Molti chirurghi si occuparono di cercare qualche sostanza o qualche composizione la quale potesse neutralizzare il virus ulceroso, e nello stesso tempo meno energica dei soliti caustici, in modo che chiunque potesse valersene a guisa di bagno locale, dopo l'amplesso; tali lodevoli tentativi non ebbero però alcun risultato. Rodet [2] fece esperienze colla seguente mistura e trovò che applicata a una puntura di inoculazione artificiale, impediva indubbiamente lo sviluppo di un ulcero molle, a condizione che una goccia di questo fluido restasse a contatto colla parte per quindici o venti minuti; è però una misura profilattica che richiede troppo tempo e troppo comodo perchè possa venir adottata generalmente.

Acqua distillata grammi 30.
Percloruro di ferro
Acido citrico
Acido cloridrico, ana grammi 3.
M.

Metodo distruttivo. — Quantunque il metodo abortivo e il metodo distruttivo comprendano l'uso degli stessi mezzi, pure lo scopo dell'uno è diverso da quello dell'altro. La cura abortiva risguarda l'ulcero quale sintomo foriero di sifilide, e tenta, col distruggerlo, di impedire l'infezione costituzionale. Il metodo distruttivo si riferisce solo alla piaga locale e sue immediate vicinanze, e mira a limitare la durata e l'estensione della piaga, ed a impedire suc-

[1] Moltissimi chirurghi hanno manifestato di non credere nell' efficacia della cura abortiva quale mezzo di prevenire la sifilide costituzionale; fra costoro debbonsi citare:
Diday, Rollet, Clerc, Dron, Annuaire de le Syphilis, 1858, p. 202.
Erichsen, Science and Art of Surgery, ediz. di Londra, p. 447.
Vidal, Traité des Maladies Vénériennes.
Langston, Parker, Modern Treatment of Syphilitic Diseases.
Harrison, Pathology and Treatment of Venereal Diseases, 1860, p. 129.
W. Van Buren, di Filadelfia.

[2] Compte rendu du Service chirurgicale de l'Antiquaille, 1855, p. 74.

cessive inoculazioni, la formazione di buboni virulenti, e il sopraggiungere del fagedenismo.

Richond des Brus fu il primo che nel 1826 impiegò la cauterizzazione distruttiva ad affrettare la cicatrizzazione di ulceri, e non allo scopo di impedire la infezione costituzionale. Egli ne limitò l'uso al principio delle piaghe primarie, ma d'allora Ricord la estese ad ogni periodo del decorso di questi ulceri, tranne il periodo di riparazione.

Il metodo distruttivo può applicarsi tanto all'ulcero che all'ulceroide; generalmente però non è necessario nel primo, il quale, come dicemmo, cicatrizza facilmente colla cura mercuriale instituita a combattere l'infezione costituzionale. Applicando questo metodo ai casi di carattere dubbio, nei quali ci sia qualcosa che accenni ad ulcero infettante, trovasi che l'effetto della cura è lo stesso che nell'ulceroide; la piaga specifica si trasforma in una piaga semplice che guarisce rapidamente, quantunque sopraggiunga poi l'indurimento o prima o dopo la completa cicatrizzazione.

Questo semplice metodo trova però la sua principale indicazione nell'ulcero semplice, od ulceroide, nel quale l'influenza del virus si limita alla piaga e ai tessuti vicini; se questi vengono tutti compresi nell'escara prodotta dal caustico, viene ad esser rimossa tutta la malattia. La cauterizzazione distruttiva è il solo metodo del quale possiamo valerci per una pronta cura dell'ulceroide. Le lozioni astringenti e disinfettanti e la nettezza possono impedire l'inoculazione delle parti vicine, ma non hanno che poca o nessuna facoltà di limitare la durata o l'estensione della piaga stessa, la quale prosegue il medesimo corso liberamente, e non cicatrizza che dopo diverse settimane o mesi, a meno che non venga sradicata col caustico.

La distruzione della piaga primaria, è quindi il miglior mezzo per preservare dall'ulcerazione fagedenica, ed arrestarne il progresso una volta che vi abbia preso radice.

Il metodo distruttivo, applicato in tempo, impedisce che si formino i buboni virulenti, togliendo la fonte donde il virus penetra poi nei linfatici; ma se lo si ritarda fino a che sia già incominciato il bubone, questo procede diritto alla suppurazione, e può fornire pus inoculabile, precisamente come se si fosse lasciato intatto l'ulceroide. Anche il bubone simpatico, migliora spesso

colla distruzione della piaga primaria, e s' avvia alla risoluzione. [1]

La cauterizzazione distruttiva non è praticabile quando l'ulceroide non è completamente esposto, o nascosto da un fimosi, o nascosto dentro l'uretra, o nella bocca dell'utero, ecc. Non è praticabile quando la piaga è situata precisamente sull'uretra, tanto nell'uomo che nella donna, pel pericolo di aprire una falsa apertura; per la medesima ragione non lo si applicherà quando l'ulceroide ha sede nelle parti profonde della vagina, le pareti della quale sono a contatto colla vescica, col retto, col peritoneo; quando stanno sul margine del meato, per tema che la cicatrice non produca stringimento; e finalmente in tutti quei casi nei quali la presenza d'altre ulcere lì vicino cui non si possa applicare la medesima cura, esporrebbe la piaga, dopo la caduta dell'escara, ad una seconda inoculazione. [2]

I tentativi che si fecero per toglier via gli ulceri col coltello, riuscirono assai di rado; poichè, per quanto accuratamente si ripulisca prima la piaga dalla secrezione, ne resta però sempre quanto basta per inoculare la nuova ferita. Per tal motivo, si impiegherà l'escisione solo allorquando è necessaria un'operazione da taglio, come per esempio per la presenza del fimosi, o per minaccia di gangrena; si terrà il coltello più lontano che si può dalla piaga specifica, cauterizzando poi la superficie sanguinante col nitrato d'argento o coll'acido nitrico. L'applicazione del caustico invece lascia un'escara che difende i tessuti per un certo tempo; ed è quindi quasi sempre preferibile al coltello.

Il nitrato d'argento è un caustico troppo debole, fuor che pel principio di un ulceroide, oppure nelle lesioni e nelle abrasioni immediatamente dopo il coito sospetto, prima che i tessuti vicini s'infiltrino di virus. Lo si adopera principalmente allo scopo di distruggere la pustula che si manifesta al terzo o quarto giorno dopo una inoculazione positiva. Si mette nell'ulceroide un frammento di cilindretto corrispondente in volume all'escavazione della

[1] Rollet, Gazette Médicale de Lyon, 1 marzo, 1858.

[2] De la Méthode destructive des Chancres, par M. Dron; Annuaire de le Syphilis, anno 1858, p. 202.

piaga che si rileva tagliando l'epidermide, e lo si lascia lì fino a che cade col formarsi dell'escara. La piaga semplice che rimane guarisce assai presto.

Per l'ulceroide completamente sviluppato, si richiede un caustico più forte, come per esempio l'acido nitrico, l'acido solforico, la potassa con calce, il nitrato acido di mercurio, il cloruro di zinco, il cauterio attuale. I più adoperati tra questi pel comodo d'applicarli, unitamente al loro effetto, sono l'acido nitrico e la pasta di Vienna.

L'acido nitrico si applica preferibilmente con una bacchetta di vetro ad estremità arrotondata; meglio ancora con uno *sgocciolatojo* a turacciolo di vetro che si prolunga fin quasi al fondo del recipiente; serve benissimo anche un pezzettino di legno, per esempio l'asta di un zolfanello comune. I pennelli di vetro sono da rigettarsi, poichè i filamenti possono rompersi con facilità e restare sulla superficie della piaga, donde irritazione. Il dolore è acutissimo appena che l'acido tocca la superficie piagata per la prima volta, ma diminuisce poi nelle applicazioni susseguenti; poichè bisogna farne più d'una onde distruggere completamente. Io soglio osservare per qualche minuto l'effetto che produce l'acido, e giudico da questo della quantità e del numero delle applicazioni. Il residuo dell'acido sulla piaga, dev'essere o tolto via diligentemente o neutralizzato con un alcali, e difendere le superficie vicine dal contatto della superficie malata, mettendo fra l'una e l'altra un listerello di tela. Appena incomincia la suppurazione, vi si sostituisce la bagnatura d'acqua.

Caduta l'escara, la superficie si copre ancora per un po' di tempo d'una densa secrezione, che diminuisce tosto, e cessa pure il gonfiore infiammatorio prodotto dal caustico, lasciando una ferita di bell'aspetto, la quale dev'essere difesa dall'orina e dallo scolo leucorroico onde favorirne la pronta cicatrizzazione. Rimanendo qualche traccia di ulceroide, si ripete la cauterizzazione.

Io ritengo che l'acido nitrico sia assai superiore al nitrato d'argento sì comunemente impiegato nella cauterizzazione degli ulceri, il quale ultimo, per regola generale, non si dovrebbe mai adoperare a questo scopo, fuor che appena sul cominciare dell'ulcero. Ciascuno può convincersi di questa verità provando ambidue questi agenti. Quella piaga stessa che continua ad estendersi non

ostante l'applicazione del nitrato d'argento, cicatrizzerà rapidamente applicando l'acido nitrico ogni secondo o terzo giorno. Il timore che s'ebbe fin qui, che la frequente applicazione di un caustico sì potente potesse esser di danno, è ormai conosciuto senza fondamento.

S'applicò nello stesso modo la soluzione di nitrato acido di mercurio; non so però che sia di maggior vantaggio dell'acido nitrico; anzi può indurre qualche volta la salivazione.

La potassa con calce, ridotta in pasta ed applicata all'ulceroide, lasciandovela dai cinque ai quindici minuti, è un altro mezzo buonissimo per mettere in pratica il metodo distruttivo.

Ricord adoperò in questi ultimi anni un composto di carbone vegetale e d'acido solforico forte. Dicesi che ha il vantaggio di produrre una crosta che aderisce assai ai tessuti e che non cade fino al sesto od ottavo giorno, quando la cicatrizzazione è già assai avanzata. Io ho provato questa pasta carbo-solforica, ma in un numero di casi non abbastanza esteso da poterne parlare affatto in favore. Fin qui non la mi pare superiore agli altri caustici, nè com'essi conveniente, ed io la credo assai poco usata fuori dell'Hôpital du Midi.

Giudicando dai molti encomj che ne fecero i chirurghi francesi, specialmente quelli della scuola di Lyon, un caustico pregevolissimo dovrebbe essere la *pasta di Canquoin*, composta di cloruro di zinco e farina a parti eguali, che fu raccomandata primamente da Rollet e Diday per la distruzione dell'ulceroide. La sola grave objezione che le si possa fare è la difficoltà di serbarla, atteso le proprietà deliquescenti del cloruro. Tuttavia preparata diligentemente e serbata dall'umido, la si può tenere fin che si vuole. Fatta così e in tali condizioni, io ne serbo una certa quantità ancora buonissima dopo un anno.

Debauge raccomanda di preparare a bella posta il cloruro di zinco sciogliendo le lamine del metallo puro nell'acido cloridrico, filtrando la soluzione attraverso del cotone in fiocco, ed evaporandola a lento calore; io credo però cha sia egualmente buono il cloruro di zinco ottenuto da un chimico ed abbruciato completamente su una lampada ad alcool.

Si unisce il cloruro finamente polverizzato ad una eguale quantità di farina asciugata al calore, aggiungendovi dell'alcool a

goccia a goccia fino a formarne una pasta, la quale si distende in uno strato sottile su della tela e si mette ancora a lento calore. Se poscia vi si determina la deliquescenza, si espone ancora la pasta al calore e la si fa seccare senza che perciò perda le sue facoltà caustiche.[1]

Quando occorre di adoperarla, si taglia via un disco della tela della forma dell'ulceroide, ma un po' più largo, ripulita accuratamente la piaga vi si applica il caustico e ve lo si lascia da una a tre ore; trattandosi di ampie ulcerazioni fagedeniche da cinque a sei ore. La media pei casi ordinarj è di due ore. Il paziente rimane a letto fino a che si toglie la pasta; e siccome il caustico sta su una sola faccia di questa sorta di cerotto, applicata la pasta alla parte malata, si può benissimo tirar innanzi il prepuzio, senza timore di offendere i tessuti sani che vanno a contatto con una superficie di tela.

I vantaggi della pasta di Canquoin stanno principalmente nella facilità di poterla applicare, e nel non aver con essa il pericolo inerente a tutti i caustici liquidi, quello cioè di interessare anche parte dei tessuti sani; più il poco grado di dolore che eccita, e la possibilità di misurare la profondità del processo distruttivo, il quale è proporzionato alla durata dell'applicazione. Diday insistette specialmente sulla mancanza di dolore, e dice che i pazienti accusarono spesso un senso appena di pizzicore: Rollet dice che non è dolorosa tranne quando la si applica agli ulceri del frenulo.

Dopo la cauterizzazione succede qualche volta di osservare dell'edema, non che una durezza infiammatoria alla base della piaga; sulla quale non dobbiamo ingannarci credendola un indurimento specifico. L'escara cade per lo più tra il quarto e il quinto giorno; di quarantun casi dei quali Rollet tenne nota, il tempo più breve che si richiedette per la completa cicatrizzazione fu di undici giorni, il maggiore fu di quindici.[2] La pasta di Canquoin fu adoperata altresì per la distruzione di ulceri susseguenti alla spaccatura di buboni virulenti.

[1] DEBAUGE, Traitement des Chancres simples et des Bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc; tesi di Parigi, 1858, p. 12.

[2] Gazette Médicale de Lyon, dic. 15, 1857.

Recentemente Rollet applicò il cauterio attuale agli ulceri serpiginosi, e quantunque egli non ne riferisca che due casi, [1] pure ottenne sì felici risultati da lasciar speranza che finalmente si sia trovato un mezzo per curare queste ulcere, che furono per tanto tempo l'obbrobrio della chirurgia.

L'ulcera in un caso, durava da dieci mesi, e s'era estesa dalla radice del pene alla spina iliaca, stendendosi sulla pelle dell'addome, sulla coscia, sullo scroto; vi si provarono inutilmente molti rimedj: si applicò il cauterio attuale e un mese dopo la cicatrizzazione era completa. L'altro caso, era di un ulcero che durava da otto mesi, ribelle ad ogni sorta di cura interna ed alla cauterizzazione locale colla pasta di Canquoin: si impiegò il ferro rovente e s'ebbe il medesimo felice risultato che nel caso precedente.

Quantunque la causa principale del fagedenismo dipenda da una cachessia costituzionale, pure l'abbondante secrezione che geme da un'ulcerazione serpiginosa e il dolore che l'accompagna, fanno più che contrabbilanciare l'effetto dei tonici, della dieta nutriente, e d'altre misure igieniche. Distruggendo l'ulcera specifica, queste cause di indebolimento vengono ad esser tolte in gran parte, e l'organismo cede allora rapidamente all'influenza dei rimedj costituzionali.

I caustici or detti, non sono abbastanza potenti o rapidi nella loro azione per distruggere veramente tutta l'estensione degli ulceri fagedenici. Se si lascia aperto il più piccolo spiraglio dal quale possa procedere il pus virulento, questo inoculerà la piaga che resta dopo la caduta dell'escara, onde l'effetto della cura non finisce che ad aumentare le dimensioni dell'ulcera. Egli è quindi evidente che la distruzione dell' ulcera, perchè non abbiá a riescir di danno, dovrà essere ampia e completa. Ci può essere qualche esitazione ad applicare il cauterio attuale ad una superficie così estesa, ma considerando la gravezza e l'ostinazione della malattia, bisogna confessare che sono giustificati tutti quei mezzi che ci possono lasciare buona speranza di cura.

[1] Note sur la Destruction de Chancre phagédénique Serpigineux par la cautérisation actuelle; Annuaire de le Syphilis, 1858, p. 116.

Si sottopone il paziente all'azione di un anestetico; i ferri da cauterizzare scaldati a bianco possono essere di diversa forma e volume.

Rollet insegna di ripulir bene la piaga lavandola copiosamente con acqua, togliere ogni materia aderente, poi asciugarla; allora si cauterizza profondamente ogni porzione di superficie secernente, spingendo il ferro arroventato in ogni seno, in ogni ripiegatura, ponendo speciale attenzione alle parti che restano coperte dalle falde della cute dei margini. Questi labbri prominenti di pelle si devono cauterizzare non solo di sotto verso la superficie della piaga, ma anche esternamente, in modo da distruggerli pressochè interamente. Poi si applica il bagno freddo, e il paziente risvegliandosi, non soffre gran che più di quanto soffriva prima dell'operazione. Quando incomincia la suppurazione si aggiunge al bagno freddo dell'estratto di Goulard o del vino aromatico.

Applicazioni topiche. — Or ci facciamo a considerare la cura locale degli ulceri con altri mezzi che non la cauterizzazione distruttiva.

Dissi che dobbiamo contare assai poco sull' effetto terapeutico degli ingredienti che si applicano su una piaga primaria, sia in lozioni, sia in altre medicazioni. Con questo però non intendo dire che la cura locale degli ulceri non abbia una certa importanza. L'assoluta trascuranza può riescir dannosa; mentre una certa attenzione metterà l'ulcera in condizioni favorevolissime alla cicatrizzazione. Se si lascia raccogliere e fermare la secrezione, se si lascia che si formino delle croste sotto alle quali si raduna la materia, si viene a favorire il processo ulcerativo e, trattandosi di ulceroide, le successive inoculazione dei tessuti vicini. Si eviteranno questi danni colla nettezza e con una medicazione che assorba o rimuova il pus appena che vien secreto, favorendola cogli astringenti o i disinfettanti, allo scopo di indurire la superficie circostante, o di neutralizzare il virus. Io credo che le applicazioni topiche non possano fare di più. Il volere attribuir loro virtù specifiche, il volere per esempio supporre che i topici mercuriali abbiano una speciale influenza sulla piaga perchè è un ulcero, è per me una pretesa assurda. Insomma i rimedj topici hanno su un ulcero l'influenza stessa che hanno sulle piaghe semplici, e non ne alterano il carattere specifico.

È buonissima cosa lo attenersi alla semplicità nella cura locale delle piaghe primarie, quantunque però le applicazioni debbano variare alquanto per adattarsi alla sede ed alla specie della piaga, ed alla copia della secrezione.

Gli ulceri situati sotto il prepuzio, quando il prepuzio abitualmente copre il glande, si medicano con tela asciutta, la quale si bagna poi a sufficienza colla secrezione naturale della parte. È difficile che gli induriti dian luogo a successive piaghe nelle vicinanze loro, onde è raro che siano indicati gli astringenti e i disinfettanti. Nella varietà superficiale, sulla superficie interna del prepuzio, è più che sufficiente il frapporre un piccolo pezzo di tela asciutta tra il glande e il prepuzio. Nella forma più incavata che si osserva comunemente alla solcatura alla base del glande, si preferiscono le filacce rotte, poichè assorbono meglio.

Quando la piaga è situata sugli esterni integumenti, son necessarie le lozioni, onde mantenere l'umidità e impedire che la fasciatura si appiccichi alla parte, al che si arriva benissimo coprendo la fasciatura con seta oliata.

Spesso la lozione può consistere di acqua semplice o glicerina; quando la lozione è medicata, per regola generale gli ingredienti devono esser uniti in modo che non abbiano a far deposito e cambiare l'aspetto della piaga, rendendone così oscure le condizioni. Le formole seguenti sono tra le migliori:

Soluzione di cloruro di soda [1] grammi 1.
Acqua pura grammi 30.
M.

Acido nitrico diluito grammi 1.
Acqua pura grammi 250.
M.

Vino aromatico grammi 50.
Acqua grammi 100.
M.

[1] Le farmacopee inglesi prescrivono questa soluzione in più modi. Uno dei più semplici è il seguente:
Sciogli una parte di cloruro di calce in 30 d'acqua, aggiungi due parti di carbonato di soda cristalizzata già sciolto in 15 parti di acqua distillata.
IL TRADUTTORE.

Alla pagina 236 del 1° volume, abbiamo data una formola che può sostituire benissimo il vino aromatico francese. La forza di queste lozioni deve essere adattata alla sensibilità della parte, diversa nei diversi casi. Non debbono mai essere così forti da eccitare dolore o destare irritazione.

Il bagno nero, composto di 1 a 9 grammi di calomelano in 120 grammi d'acqua di calce, è assai preferito da molti chirurghi. Il sedimento scuro di questa mistura è un ossido di mercurio, ed è inerte, a meno che forse non protegga meccanicamente la piaga. Secondo me, il bagno nero è al disotto delle altre lozioni accennate e contrario alla nettezza.

Ricord, specialmente negli ulceri fagedenici, adopera assai una soluzione di tartrato di ferro e potassa nella proporzione di 3 a 15 grammi in 200 d'acqua. In molti casi questa applicazione agisce assai favorevolmente; mentre in altri, osservai che la piaga si copre di uno strato di materia coagulata, che ne rende oscura la condizione, e che bisogna poi toglier via coi bagni d'acqua pura. Questo spiacevole effetto l'osservai solo quando si faceva l'applicazione agli ulceri sotto il prepuzio, ed inclinai ad attribuirlo ad una combinazione del ferro col *smegma præputii.*

La medicazione delle piaghe primarie, e specialmente degli ulceri fagedenici, assai recentemente adoperata da Ricord, è lo stearato di ferro, che si può preparare nel seguente modo. Sciogli del sapone duro in una sufficiente quantità d'acqua, ed aggiungi a poco a poco un sale di ossido di ferro, per esempio la soluzione di cloruro di ferro o di solfato di ferro, fino a che cessa di formarsi in precipitato, che si raduna in una massa tenace sulla superficie. Questa massa, che è uno stearato ed oleato dell'ossido di ferro, la si libera dalle impurità lavandola nell'acqua fredda; allora, si può applicarla sulla superficie dell'ulcero o allo stato puro o mescolata a grasso.

Si devono abbandonare le lozioni di acetato di piombo, perchè questo sale si decompone a contatto colle secrezioni animali, e deposita sui tessuti una crosta di albuminato di piombo insolubile, che non si toglie che con difficoltà.

Gli unguenti sono al disotto delle lozioni, e si devono adoperare solo quando per la situazione della piaga o per la necessità d'un lungo tempo tra una medicazione e l'altra, la notte per esempio

o un viaggio, non si può rimediare all'evaporazione della compressa bagnata, non ostante la seta oliata o la glicerina.

È parimenti da proscriversi l'unguento mercuriale che si compera comunemente poichè o è rancido o lo diventa presto ed allora irrita. Quando si richiede un unguento possiamo servirci d'una delle seguenti formole; la prima è usitatissima negli ospedali francesi:

Unguento semplice grammi 30.
Tintura d'oppio grammi 3.
Calomelano centigrammi 130.
M.

Balsamo peruviano
Olio di ricino, ana grammi 30.
M.

Unguento d'ossido di zinco grammi 30.
Polvere d'oppio grammi 3.
M.

Quanto al cambiare più o men di frequente la medicatura, ci regoleremo a seconda della quantità della secrezione, che non si lascerà radunare e fermare (specialmente in caso di ulceroide), nè estendersi alle parti vicine.

Prima che una fasciatura s'abbia ad inzuppare della secrezione, se ne sotituisce un'altra. Se la prima aderisce alla superficie prima di levarla via la si bagna, onde evitare di produrre delle abrasioni, le quali soggette poi a inoculazione, non farebbero che allargare la piaga. Si insegnerà al paziente di non ripulire la superficie ulcerata, ma solo di toglier via la secrezione intorno toccandola dolcemente senza sfregare, con una tela fina. La medicazione degli ulceri meno complicati, bisogna rinnovarla due o tre volte al giorno, ma per gli ulceri fagedenici, bisogna rinnovarla assai più spesso.

Durante il processo di cicatrizzazione, certe volte nascono dalla piaga delle granulazioni esuberanti che bisogna reprimerle toccandole col cilindro di nitrato d'argento. L'applicazione superficiale del nitrato d'argento giova qualche volta a togliere l'irritabilità e il dolore di alcuni ulceri nel periodo progressivo o stazionario.

Nella cura degli ulceri primarj si ponno impiegare altre applicazioni oltre queste che abbiamo accennate. Per esempio trattandosi d'ulceri accompagnati da molta infiammazione, gioveranno le sanguisughe agli inguini o al perineo, e i cataplasmi emollienti, o le lozioni sedative. Si può rimediare all'eccessivo dolore coll'uso dell'oppio internamente a larghe dosi, ed applicandolo esternamente.

I margini staccati degli ulceri fagedenici, si tolgon via colla cauterizzazione distruttiva, valendosi a questo scopo della pasta di Vienna, dell'acido nitrico, o del cauterio attuale.

Queste osservazioni sulla cura degli ulceri, si ponno riassumere nei seguenti precetti: —

1. Nella cura d'ogni lesione primaria, abbiasi cura di mantenere lo stato generale dell'organismo più prossimo che sia possibile alla buona salute. Le applicazioni locali devono esser semplici e non irritanti. Si osservi una scrupolosa nettezza.

2. Gli ulceri semplici non indicano l'amministrazione dei mercuriali, nè per impedire l'infezione costituzionale, nè per favorire la cicatrizzazione della piaga. La cura più efficace è la cauterizzazione profonda fatta mediante un caustico potente, come per esempio l'acido nitrico fumante, ripetuta fin che la si giudica necessaria.

3. L'uso interno del mercurio non è giustificabile che nei casi certi di ulceri infettanti; in pressochè tutti i casi di questa specie di lesione primaria, è questa la sola cura indicata. La cura abortiva instituita pur anche appena si avverta la piaga, è inefficace ad impedire l'infezione costituzionale.

4. Quando ci sono dei dubbj sulla natura dell'ulcero, lo si curi come appartenente alla specie semplice, e si osservi il malato fino a che sia trascorso l'ordinario periodo di incubazione dei sintomi secondarj.

5. Gli ulceri infiammatorj si curano col riposo, colla dieta e cogli altri mezzi antiflogistici, fin tanto che durano i sintomi acuti; se si forma la gangrena, sono indicati i tonici e gli stimolanti.

6. La cura degli ulceri fagedenici sta nell'attenzione alle condizioni igieniche del paziente, dieta nutriente, tonici, stimolanti, oppio, e cauterizzazione profonda coll'acido nitrico, colla pasta di Vienna, colla pasta di Canquoin, col cauterio attuale, seguita da

convenienti lozioni, per esempio il tartrato di ferro e di potassa. I mercuriali che sono dannosissimi nei fagedeni acuti, è raro che siano di qualche giovamento nei casi di fagedenismo.

Speciali indicazioni date dalla sede degli ulceri. — La sede degli ulceri ne modifica spesso i sintomi e necessita alcuni cambiamenti nella cura.

Ulceri del frenulo. — Gli ulceri del frenulo sono in special modo dolorosi, persistenti, e facili all'emorragia. Essi incominciano o sul margine libero, o sulla base della briglia. Nel primo caso probabilmente successe l'inoculazione d'una qualche screpolatura o d'un'abrasione prodotta dalla violenza nel coito; l'ulcero risultante a poco a poco corrode tutta la briglia, e lascia una piccola solcatura longitudinale sulla superficie inferiore del glande, assai incomoda, assai persistente, e che resiste ai mezzi comuni di cura. Gli ulceri del frenulo possono anche procedere da ulceri primarj situati lì vicino, i quali mostrano una gran tendenza ad interessare il frenulo quando hanno sede nelle vicinanze di esso. In questo caso incomincia l'ulcerazione alla base della briglia, la quale riesce sovente perforata da parte a parte; l'apertura ulcerosa si va allargando, si estende fino al margine libero, e come nel primo caso, può finire col distruggere tutta la briglia.

Il frenulo è fornito copiosamente di sangue, ed è assai estensibile; onde gli ulceri che vi prendono sede, sono assai facili all'emorragia, e danno moltissimo incomodo e dolore. La loro persistenza, la loro tendenza distruttiva, dipende dalla frequente rottura delle fibre longitudinali del frenulo, occasionate dal continuo spostamento cui il fremulo stesso è soggetto, nel camminare, nello spostare il pene per orinare, nelle erezioni, ecc. Per tal modo si formano nella piaga delle piccole screpolature le quali si inoculano e si approfondiscono; il processo ulcerativo quindi procede fino alla completa distruzione della briglia, compresa la porzione di essa che sta nello spessore della superficie inferiore del glande; onde la solcatura che dicemmo.

Per la cura di questi ulceri, procuri il paziente di evitare più che gli sia possibile ogni movimento della parte che possa stirare il

frenulo; il glande non deve restar scoperto fuor che per la medicatura della piaga, ed anche allora non oltre il tempo necessario. Se l'ulcero minaccia di distruggere tutta la briglia, si guadagni tempo e la si distrugga tosto mediante i caustici. Successa la perforazione, si divide la parte restante della briglia colla forbice, e si cauterizzano profondamente le recenti superficie. L'emorragia che ha luogo in queste operazioni, è qualche volta imponente, e la si può evitare passando prima una doppia legatura attraverso l'apertura, legando ciascun capo a ciascuna estremità del frenulo che poi si esporta. Diday scalda una lama di una forbice su una lampada a spirito, quindi passa l'altra lama attraverso l'apertura facendola servire da sostegno alla lama rossa che divide poi il frenulo a guisa di cauterio attuale. [1]

Ulcero uretrale. — L'uretrite blennorragica o gonorrea virulenta, o procede da un ulcero uretrale solamente, o consiste nella secrezione di una blennorragia ordinaria che acquista proprietà specifiche per esservisi mescolata la secrezione di un ulcero o di una lesione secondaria. Non v'ha altra uretrite blennorragica, altra gonorrea virulenta fuor di questa; e siccome a questo nome si son date interpretazioni assai diverse e sbagliate, noi lo cancelliamo dalla nostra nomenclatura. Simili termini non sono che impacci ai passi della scienza.

Esaminando la tavola della sede degli ulceri che abbiamo data a pagina 39 di questo volume, si vede che su 814 ulceri osservati all'Hôpital du Midi, 41 comprendevano il meato, e 20 erano situati dentro l'uretra, più in là di quanto non si potesse vedere colla separazione forzata delle labbra del meato. Si volle tentare di determinare la frequenza degli ulceri uretrali mediante l'inoculazione artificiale della scolo blennorragico, ma come vedremo, questa prova può riescir fallace.

Come ognun può supporre, gli ulceri uretrali sono più frequenti vicino al meato; tuttavia ponno aver sede in qualunque parte del canale e, in rari esempj, anche nella vescica. Ricord presentò al-

[1] Du Chancre primitif du Frein de la Verge; Gazette Hebdomadaire, ottobre 19, 1855, p. 749.

l'Academia di Medicina di Parigi [1] due esempj di ulcero fagedenico, che interessava le parti profonde dell'uretra e la vescica; in ambidue questi casi la malattia fu riconosciuta in vita mediante l'inoculazione positiva dello scolo uretrale. [2] Vidal, con una strana incoerenza, nega la possibilità di questi casi, e poi ne riferisce uno lui stesso! [3] Molti ulceri della fossa navicolare sono visibili colla separazione forzata delle labbra del meato. Allo scopo di esplorare questa porzione d'uretra, io adopero uno speculum auricolare di Toynbee; questo strumento ha un calibro uniforme, onde si può introdurlo nell'uretra per circa 2, 3 centimetri; ponendo il paziente ad una buona luce se ne può esaminar benissimo la mucosa superficiale per questo tratto.

Quando sono situati al di là del punto dove si può arrivare colla vista, gli ulceri uretrali si riconoscono con maggior difficoltà. L'inoculazione positiva dello scolo ci accerta della presenza di un ulceroide, il quale, quando le parti intorno sono molto infiammate, può esser rivelato anche dal tatto esternamente. L'autoinoculazione come vedemmo, non prova il vero ulcero sifilitico od ulcero infettante, onde non possiamo fidarcene; tuttavia questa specie, nella maggior parte dei casi, la si riconosce ad altri sintomi. L'indurimento specifico che lo circonda si rileva sovente col tatto; le ghiandole inguinali ci offrono i soliti cambiamenti caratteristici, e qualche volta dalla sede dell'ulcero alla radice del pene, decorrono dei cordoni duri resistenti; è un'infiammazione specifica dei vasi linfatici. Egli è chiaro però che, se il chirurgo non osserva con diligenza, questi sintomi ponno sfuggire senza accorgersene; non dimentichi adunque che nei casi di blennorragia v' hanno certi fenomeni che fanno nascere il sospetto e guidano alla ricerca dell'ulcero uretrale: sono questi la scarsa quantità e il colore dello scolo, il mescolarvisi del sangue, il dolore fisso in quel dato punto, specialmente durante l'emissione dell'orina.

Non è necessario di fermar l'attenzione sul fatto che gli ulceri qualche volta danno origine ad infezione costituzionale; il paziente

[1] Bulletin de l'Académie de Médecine, 1838, t. II, p. 506.
[2] Questi casi sono esposti da Ricord nelle note all'Hunter.
[3] Vedi il suo trattato sulle Malattie veneree.

non sa allora d'onde la prese e dichiarerà onestamente ch'egli non ebbe mai ulcero.

Gli ulceri uretrali situati presso al meato e visibili, si curano come qualunque altra piaga primaria; ogni volta che si è orinato, mediante uno specillo si introduce nel canale la medicazione attaccata ad un filo che pende al di fuori per facilitarne poi l'estrazione.

Gli ulceri uretrali profondi non sono suscettibili d'una medicazione locale diligente. Si raccomandarono le injezioni di una soluzione di nitrato d'argento; ma questo agente, nè applicato in questa forma, nè applicato solido col portacaustico di Lallemand, non riesce a distruggere la piaga specifica e non finisce che ad irritare come quando lo si applica agli ulceri esterni. Le applicazioni topiche devono quindi limitarsi ad injezioni contenenti oppio, glicerina, o qualche mite astringente. Se l'ulcero è indurito, date i mercuriali; se è semplice, astenetevi da ogni cura specifica; combattete l'infiammazione, se è necessario, coi sanguisugj agli inguini; se si formano degli ascessi apritcli tosto; e in ogni caso moderate le erezioni, le quali fanno gemere ed irritano la piaga.

Ulceri della vagina e della bocca dell'utero. — Gli ulceri delle parti profonde della vagina non si possono distruggere colla cauterizzazione distruttiva, vista l'importanza delle parti vicine; objezione che non si estende a quelli della bocca dell'utero. Le applicazioni locali che si adoperano per gli ulceri esterni, si applicano qui mediante lo speculum.

È importante il tener presente che l'indurimento è un sintomo di ulcero infettante meno costante nella donna che nell'uomo: onde, nello stabilire la diagnosi, siamo spesso obbligati ad affidarci quasi esclusivamente alla condizione dei ganglj inguinali, o ad aspettare fino a che sia passato il periodo solito nel quale si manifestano i sintomi secondarj.

Secondo Gosselin, l'ipertrofia delle grandi labbra, con o senza quella delle piccole labbra e di alcuna delle caruncole mirtiformi, è effetto esclusivo degli ulceri in vicinanza della vulva, onde la presenza di questa condizione basta a fondare la conclusione che la donna ebbe già sifilide primaria. [1]

[1] Archives Générales de Médecine, dic. 1854, p. 684.

Ulceri dell'ano e del retto. — Gli ulceri al margine dell'ano si confondono facilmente con delle fessure, o ragadi. Sono assai dolorosi, specialmente nell'emisione delle feci, che per questo bisognerà sempre rendere liquide con qualche injezione mucilaginosa. Si può certe volte dare un purgante, e vuotato l'alvo, cauterizzare completamente l'ulcero, poi obbligare il paziente a letto e a dieta, e somministrargli degli oppiati, tutto questo allo scopo di impedire altre scariche fino a che non sia stabilita la cicatrizzazione.

Non bisogna dimenticare che l'ulcero infettante dell'ano e del retto, cagiona indurimento dei ganglj inguinali più esterni, che sono situati presso alla spina iliaca anteriore superiore. [1]

Ulceri della bocca. — Gli ulceri dei labbri sono per lo più superficiali; raramente incavati a meno che non siano stati soggetti ad irritazione; hanno un contorno ovoidale, coll'asse maggiore parallelo all'apertura della bocca, e del medesimo aspetto dell'ulcero infettante superficiale, alla cui varietà essi appartengono. Quando stanno alla commessura dei labbri, sono divisi in due parti, separate da una fessura ulcerale profonda, all'angolo della bocca.

Gli ulceri sulla lingua sono più frequenti presso all'estremità.

[1] Gli ulceri situati in queste località sono generalmente di assai difficile guarigione. Dopo che ne fu praticata la cauterizzazione, in qualunque modo giova moltissimo a facilitarne la cicatrizzazione, l'introdurre nel retto un cilindretto della grossezza del dito mignolo, di tessuto di tela e di sostanza resinosa. Io soglio adoperare un pezzetto di cerotto comune, o composto di mercurio e cicuta e lo ravvolgo sopra un mazzetto di filaticcia in modo da costituire una piccola supposta lunga 4 centimetri. Dopo d'aver praticata la cauterizzazione la si unge d'olio e la si introduce leggiermente nell'ano, e la si lascia in posto fino a che l'ammalato emette le feci; in allora se ne sostituisce un'altra e così di seguito. Quando l'ulcero è convertito in piaga semplice, è bene lo spolverare la supposta con del tannino. Da questa medicazione io ho sempre veduto giovamento. Se gli ulceri anali (ragadi), fossero molto dolorosi, può essere necessaria la dilatazione forzata anche ripetuta dello sfintere, o a mezzo delle dita, o dello speculo dell'ano. Quest'operazione venne molto raccomandata anche dal dottor Scarenzio, clinico per le malattie veneree a Pavia.

A. Ricordi.

Quasi sempre più piccoli e più incavati di quelli dei labbri. Si osservarono anche ulceri sulle gengive, sulla superficie interna delle guance, sul palato, sulle tonsille.

L'indurimento è sviluppatissimo ai labbri, più che altrove, tranne forse al solco balano-prepuziale; ed è sovente così voluminoso da far prominente il labbro e sfigurare la fisionomia. È meno pronunciato all'angolo della bocca, sulla lingua, ecc., quantunque lo si riconosca senza difficoltà. Qualche volta si incontra in questa regione anche la forma di indurimento della varietà di cartapecora.

I ganglj in relazione colla sede dell'ulcero mediante vasi linfatici, s'induriscono come negli ulceri primarj delle altre parti del corpo; la maggior parte delle volte appartengono al gruppo sottomascellare anteriore o posteriore.

Il fagedenismo è una complicazione rara dell'ulcero della bocca. Ne fu osservato un solo esempio alla clinica di Cullerier, nel qual caso le applicazioni irritanti fecero sì che la piaga si estendesse fino ad interessare metà del labbro inferiore e la metà inferiore della guancia. [1]

Tutti i casi indubitabili d'ulcero primario, osservati fin qui sulla testa o sulla faccia, appartenevano alla specie infettante; non c'è quindi alcun dubbio che tutti gli ulceri osservati in questa regione, saranno seguiti da fenomeni secondarj. Se però ci fosse alcun dubbio relativamente alla natura dell'ulcero, si differisce l'amministrazione del mercurio fino a che lo si veda necessario.

[1] Buzenet, De Chancre de la Bouche, ecc. Tesi di Parigi, 1858.

CAPITOLO III.

AFFEZIONI DEI VASI E DEI GANGLJ LINFATICI LE QUALI ACCOMPAGNANO LE LESIONI PRIMARIE.

La parola BUBONE dal greco βουβων inguine, etimologicamente indica qualunque tumore delle ghiandole inguinali; tale espressione viene comunemente applicata agli ingrossamenti ghiandolari delle altre parti del corpo, l'ascella, il collo ecc. Molte affezioni, distinte nell'origine loro e nella loro natura, vengono così confuse sotto uno stesso nome, il quale se non è limitato da un qualche epiteto qualificante, lascia campo ad un'interpretazione assai vaga. Sarebbe una bellissima cosa, come proposero Maisonneuve e Montannier. [1] di limitare questo nome all'infiammazione acuta dei ganglj linfatici vicini ad una lesione primaria, escludendo così gli ingrossamenti ghiandolari dipendenti da scrofola, e l'indurimento specifico sintomatico di un ulcero infettante. Ma finchè questo cambiamento non verrà ad essere generalmente accettato, non gli si deve dare maggior importanza d' ogni qualunque fresca innovazione; ed io pure gli serberò il significato comune, qualificandolo però come ho fatto, onde non ci sia poi errore nell'interpretazione.

L'influenza del virus di un ulcero molle sui ganglj, si limita a quelli che gli sono prossimi nella rete della circolazione linfatica; per esempio, i ganglj inguinali quando l'ulcero è situato sugli organi genitali, e quelli dell'ascella quando è situato sulla parte più alta del corpo. [2] Così l'effetto immediato del virus di un ulcero infettante è limitato ai ganglj vicini. Più tardi, certamente, quelli della parte posteriore del collo e di altre parti del corpo pur essi si

[1] Traité pratique des Maladies Vénériennes, p. 164.

[2] Vedi in proposito le osservazioni di Hunter, nell'Hunter annotato da Ricord.

ingrossano, ma questo periodo è separato dal primo da un periodo di incubazione, ed appartiene alle manifestazioni di sifilide secondaria, non già a quelle di sifilide primaria.

I buboni hanno sempre sede nei ganglj superficiali, mai nei profondi.

Sono essi di tre specie: il bubone semplice, il bubone virulento, e il bubone duro. Parlerò anche della natura del così detto *bubon d'emblée,* (bubone primario o non consecutivo).

BUBONE SEMPLICE. — Il bubone semplice, detto anche bubone simpatico od infiammatorio, dipende da comune infiammazione; e quando finisce colla suppurazione, dà un pus che non ha proprietà specifiche. È quindi identico nella natura sua alla forma frequente di adenite che si osserva all'ascella in conseguenza di una ferita di un dito, e che si suppone cagionato dall'estendersi dell'infiammazione luago il corso di un vaso linfatico. La qual cosa ci vien dimostrata certe volte da una linea rossa superficiale che si può osservare dalla sorgente dell'irritazione al ganglio infiammato.

Il bubone semplice può accompagnare l'ulceroide o la blennorragia dell'uretra in ambidue i sessi, qualche rara volta anche la vaginite; non lo si osservò mai insieme alla balanite semplice. [1] Vien destato facilmente dalle applicazioni irritanti alla sede della malattia originale, dall'esercizio, dal coito, dagli stimolanti alcoolici, e specialmente dall'abito scrofoloso.

I sintomi dell'adenite semplice sono abbastanza noti. Il paziente s'accorge innanzi tutto di un ingrossamento e durezza della ghiandola con dolore e sensibilità esagerata che s'aggravano col moto e l'impediscono. Succedendo la suppurazione, il che non segue necessariamente, è sovente annunziata da un brivido cui tien dietro una febbre più o meno viva; la presenza della materia è indicata da una macchia molle nel centro del tumore, e dalla fluttuazione;

[1] Si può essere certi, che la sede del bubone virulento è nello strato superficiale, sopra-aponeurotico, delle ghiandole inguinali; esso occupa il ganglio più interno se l' ulcero è ai genitali, il più esterno all'incontro, se all'ano.

A. RICORDI.

il tessuto cellulare in vicinanza del ganglio partecipa spesso alla infiammazione, e vi si può anche stabilire un deposito purulento; la pelle diventa aderente, sottile, di color rosso livido, e s'apre per un processo d'ulcerazione; vuotato il contenuto dell'ascesso, il dolore diminuisce, ritorna facile il moto, e questa ferita semplice, ajutata da circostanze favorevoli, guarisce in breve per granulazione; ma se l'apertura non è ampia, o se il paziente è d'abito scrofoloso o altrimenti cachetico, il pus si dirige per altre vie formando seni nojosi, spesso di certa importanza, fino a diversi pollici sotto la superficie.

Bubone virulento. — Il bubone virulento s'ha un tal nome dal fatto che contiene del pus contagioso il quale mediante l'inoculazione artificiale, dà origine a un ulcero molle. Alcuni lo chiamano anche bubone sifilitico, ma questa denominazione se pur la si usa, appartiene propriamente all'indurimento dei ganglj che accompagna un ulcero infettante, non applicabile affatto al bubone di cui ora parliamo, che non può nascere che da un ulceroide. Se fosse concesso di inventare un aggettivo per questa occasione, lo si chiamerebbe assai bene: *bubone ulceroidale.*

Il bubone virulento può nascere, tanto in principio del decorso di un ulceroide, quanto più tardi. Puche narra il caso di un bubone che si manifestò tre anni dopo l'incominciamento di un ulcero molle, serpiginoso. [1]

Il bubone virulento dipende dall'assorbimento del virus dalla superficie di un ulceroide, trasportato poi dai vasi linfatici al ganglio; giunto là non può andar innanzi per l'intricata rete e per le minutissime ramificazioni del ganglio, onde la presenza di esso virus desta un processo infiammatorio che assume il carattere specifico della causa che l'eccitò. La medesima facoltà di riprodursi dà al pus virulento delle qualità contagiose, e l'ascesso che necessariamente tien dietro è pieno di materia inoculabile. Impossibile la risoluzione, inevitabile la suppurazione, precisamente come se la secrezione dell'ulceroide fosse stata deposta nel ganglio colla punta della lancetta.

[1] Ricord, Leçons sur le Chancre.

L'adenite virulenta è situata per lo più dal lato corrispondente a quello dove c' è l'ulceroide, qualche volta la si osserva anche dal lato opposto, e ciò per l'intreccio dei vasi linfatici sul dorso del pene. Certe volte s'ammalano tutti e due gli inguini, specialmente quando la lesione primaria sta a cavallo, per così dire, della linea mediana, per esempio al frenulo. È rarissimo che suppuri specificamente più che una sola ghiandola od una per ciascun lato; onde il bubone virulento fu anche chiamato: mono-gangliare. Altri ganglj lì presso possono però benissimo alterarsi secondariamente per simpatia, o per lo estendersi del processo infiammatorio; ma se suppurano, il loro pus non è inoculabile come quello che si raccoglierebbe dal primo ganglio. [1]

Il decorso di un bubone virulento, innanzi che abbia ad aprirsi o artificialmente o naturalmente, è lo stesso di quello di un bubone semplice; lo studioso non dovrebbe dimenticare che i primi sintomi dell'uno e dell'altro sono identici; quantunque la distinzione fra loro sia poi capitale per l'inevitabile suppurazione e le proprietà specifiche dell'uno, e per la possibile risoluzione e il carattere semplice dell'altro.

Il pus virulento è dapprima limitato all'interno del ganglio affetto, e non comunica coll'ascesso che sovente si forma nel tessuto cellulare circostante. In questo caso il pus che vien fuori quando il coltello non tagliò che la sola cute, è innocente; ma se l'incisione interessa anche il ganglio ne vien fuori il contenuto, il quale provato coll'inoculazione artificiale, riesce contagioso. [2]

[1] Secondo però il Robert anche nella balano-postite semplice si può determinare nei ganglj vicini od un semplice ingorgo od una vera infiammazione capace di risolversi od anche di passare all'esito della suppurazione. La quale ultima circostanza mi pare che, se non è eccezionale, si verifica almeno raramente. A. Ricordi.

[2] La storia della sifilide ci porge esempj egualmente istruttivi (che cioè le ghiandole trattengono dei principj dannosi con vantaggio quindi del corpo); il bubone può diventar depositario per un certo tempo del veleno, onde il resto dell'economia è infettato in un grado comparativamente assai leggiero. È precisamente nell'interno della vera sostanza della ghiandola, come dimostrò Ricord, che si trova la materia virulenta, mentre il pus alla circonferenza del bubone non è virulento; solo quando le parti vengono a contatto colla linfa che deriva dalla parte malata, essi assorbono la materia virulenta. Virchow, Patologia cellulare, Cap. 9.

La materia specifica della ghiandola, rapidamente inocula tutta la superficie della ferita, e la trasforma in un ulceroide inguinale, coi margini rovesciati e ricisi e coll' aspetto grigiastro di questa sorta d'ulcero primario, capace poi anche di dar origine ad altri ulceri lì vicino, mediante la successiva inoculazione. Se l'ulceroide sui genitali è complicato da fagedenismo, il bubone aperto segue per lo più il medesimo corso; donde nascono quelle ulcerazioni sì estese degli inguini che si osservano a quando a quando negli ospedali, e che son riprodotte in quasi tutte le illustrazioni delle malattie veneree.

Generalmente parlando, i prodotti morbosi che vanno soggetti all' assorbimento, non manifestano la loro presenza nei linfatici stessi, probabilmente in conseguenza della rapidità del loro passaggio, e i cambiamenti che hanno luogo nei ganglj dove si tronca il loro progredire, sono le sole indicazioni che ci avvertono dell'affezione dei vasi. In forza di questa legge, i linfatici che portano il pus dall'ulceroide al ganglio, generalmente vanno esenti da alterazione; in qualche caso però ha luogo l'inoculazione e vi si desta la linfangite virulenta. La qual condizione patologica dev'essere distinta dall'indurimento dei linfatici che si osserva nei casi di ulcero infettante. In ambedue si sente un cordone duro che decorre alla superficie inferiore del pene; ma nel primo caso presenta i caratteri del tumore infiammatorio comune, comprende per lo più la vena e l'arteria dorsale per l'infiammazione del tessuto cellulare, v' è calore e dolore della parte, e la cute sovrapposta è gonfia e rossa; nel secondo mancano i sintomi dell' infiammazione acuta, e si può facilmente distinguere il vaso linfatico indurito dai vasi sanguigni lì vicino. [1]

La linfangite virulenta, termina necessariamente colla suppurazione, come il bubone virulento; si formano degli ascessi lungo il decorso del vaso o al pene o al pube, ed aperti, sono in realtà degli ulceroidi.

Aggiunta di A. Ricordi. — Riguardo alla frequenza del bubone che compagna l'ulcero venereo (semplice) trovo necessario il

[1] Bassereau, op. cit. p. 160.

notare che ordinariamente quest'adenite sopravviene tre volte circa sopra quattro casi di ulcero, che suppura due volte sopra tre, e che il bubone ulceroidale, come giustamente lo chiama il Bumstead, si verifica nella terza parte dei casi d'adenite suppurata. Il bubone virulento è poi anche relativamente più frequente nella femmina che nel maschio essendo che per quest'ultimo esistono a preferenza che nella donna, le cause favorevoli e determinanti dell'adenite semplice.

E quì mi permetto di trascrivere la statistica che ho rilevata nel mio servizio dal 1862, la quale è press'a poco eguale a quella dell'anno precedente e del consecutivo.

Ulceri venerei ai genitali	nel maschio	199	Ulceri venerei e buboni inguinali	nel maschio	145
	nella femmina	19		nella femmina	10

Maschj.

Buboni inguinali	unilaterali	126	suppurati	76
			non suppurati	50
	bilaterali	19	suppurati bilaterali	6
			suppur. ad un lato	5
			non suppurati	8

Femmine.

Buboni inguinali	unilaterali	7	suppurati	4
			non suppurati	3
	bilaterali	3	supurati bilaterali	1
			suppur. ad un lato	2

	Maschj.		*Femmine.*	
Buboni inguinali da ulcero venereo suppurati	semplici	63	semplici	2
	virulenti	20	virulenti	5

Le cause determinanti il bubone sono due, l' irritazione semplice e l'assorbimento della materia virulenta dall'ulcero. A queste si possono aggiungere come circostanze predisponenti o determinanti gli eccessi della vita, l'abuso di fatica, di moto, di stazione retta ecc., e la scrofola, la quale come dirò più sotto impartisce al bubone una fisionomia propria. Tranne che in quest'ultima circostanza il bubone non raggiunge mai un volume molto considerevole. Il numero e l'estensione degli ulceri, pare non influiscano

molto sulla genesi del bubone semplice o virulento, ma piuttosto sulle loro varietà e posizioni.

Non di rado si osservano numerosissimi ulceri follicolari al glande e al prepuzio, oppure uno solo estesissimo senza il menomo ingorgo ghiandolare inguinale, mentre, un'altro piccolissimo per esempio al frenulo od al meato orinario determina un'adenite ad ambo gli inguini che suppura, e si trasforma dall'una parte o dall'altra in ulcero ganglionare, oppure anche d'ambo i lati.

E ciò probabilmente per una differenza d'impressionabilità del terreno sul quale è posto l'ulcero, e del sistema linfatico assorbente.

Bubone scrofoloso. — Un numero abbastanza grande di buboni che si osservano accompagnare gli ulceri, le blennorragie, le vegetazioni, oppure i così detti buboni immediati primitivi sono rivestiti di caratteri speciali che loro impartisce la labe scrofolosa. Chi è in un'infermeria di malattie veneree ne avrà veduti con certa quale frequenza.

Questo bubone è contrassegnato dal decorso assai lento, da sintomi infiammatorj poco sviluppati; dopo aver raggiunto, generalmente parlando, un considerevole sviluppo, si fa stazionario: ha un'ampia base ed interessa ambedue gli strati ghiandolari non solo, ma tutto il tessuto connettivo circostante in modo da approfondarsi persino nel piccolo bacino e da costituire un tumore all'inguine del volume di un pugno d'adulto; questi casi però sono rari. Se in esso il processo flogistico si acutizza, è l'effetto per lo più di abusi dietetici, di eccessi d'ogni sorta, di incongrua medicazione come sarebbero l'applicazione di sanguisughe, o la compressione intempestiva ecc. La cute che lo ricopre, o è normale od appena arrossata. La consistenza del tumore adenico è come scirrosa o carnosa, altre volte pastacea; la pressione non suscita molto dolore, la mano ne avverte l'immobilità o quasi della base. Il tumore è per lo più a cavaliere della arcata crurale ed in allora la piega genito-crurale lo divide in due lobi, uno superiore più grande, l'inferiore più piccolo. Talvolta la sua superficie è uniforme tal'altra irregolare, a piccoli lobi separati.

Il bubone scrofoloso può scomparire con apposite medicazioni, senza suppurare, molte volte però quest'esito avviene lentamente

e senza molti incomodi del paziente, a meno che il processo non siasi per una qualsiasi causa acutizzato. La marcia è data dallo strato superficiale del bubone e raccogliesi nel tessuto connettivo sottocutaneo. Il focolajo però non è quasi mai unico: formansi due o più ascessi più o meno vasti affatto separati sul principio, e che poi si riuniscono mediante canali fistolosi.

La suppurazione non interessa che poca parte del tumore in modo che, dandole esito, rimane ancora una gran parte del tumore adenico. Il pus che ne esce primieramente può anche presentare i caratteri del flemmonoso, non tarda però in seguito ad assumere un aspetto diverso; si fa sieroso, ed anche siero-sanguinolento, e tiene sospeso dei fiocchi fibrinosi o di false membrane.

La piaga che risulta dall'apertura spontanea o chirurgica dell'ascesso, o degli ascessi, alcune volte fortunatamente tende alla cicatrizzazione che però non è tanto lesta ad effettuarsi; in molti casi si fa fistolosa, i suoi bordi si esulcerano, si fanno fungosi, e rimane una piaga irregolarissima e di color rosso-bigio, atonica, indolente, facile a dar sangue. In tali circostanze le singole ghiandole possono continuare a svilupparsi e protrudere dal piano della cute; questo fenomeno avviene anche di frequente dopo l'incisione di un bubone ampiamente suppurato in individui scrofolosi; le ghiandole linfatiche possono acquistare il volume di una nocciuola.

I ganglj profondi, il più spesso, restano allo stato di ingorgo più o meno indolente ma talvolta provocano l'infiammazione e la suppurazione del tessuto cellulare che le contorna e destano sintomi assai gravi.

Il processo infiammatorio in tali buboni può estendersi anche ad altri tessuti, e mi ricordo d'aver osservato due anni or sono un malato nel quale un seno fistoloso che radeva la branca orizzontale del pube destò una periostite ed un'osteite in quest'osso coi sintomi i più violenti.

Della cura del bubone scrofoloso parlerò più avanti.

Bubone indurito. — Questo bubone non si riscontra che legato all'ulcero infettante, gli è un compagno necessario, e ci serve di preziosa indicazione, come l'indurimento della base della piaga. Bassereau trovò che su 120 casi di eritema sifilitico, 116 bu-

boni induriti erano compagni di ulcero, un solo dei quali suppurò, in tre soli casi non vi furono cambiamenti apprezzabili nei ganglj inguinali.

Il bubone indurito, all'incontro dei precedenti, si sviluppa sempre presto, per lo più nella prima settimana, invariabilmente entro le prime tre settimane dell'esitenza dell'ulcero, ed è contemporaneo coll'indurimento della base della piaga, o lo segue pressochè immediatamente.

Il bubone semplice e il bubone virulento sono mono-gangliari, il bubone indurito è poli-gangliare. I ganglj superficiali tutti di un inguine e generalmente di ambidue gli inguini, diventano più grossi, e raggiungono il volume di una nocciuola, di una mandorla. Per lo più se ne trova uno più grosso degli altri, e questi stanno intorno all'altro come satelliti. Queste alterazioni si ordiscono senza alcun sintomo di processo infiammatorio acuto, e così insidiosamente che il paziente può ignorarli affatto, e negarne l'esistenza: ma il medico già messo in sospetto dall'indurimento della piaga primaria, esaminando l'inguine trova una *plejade* di piccoli tumori, di durezza cartilaginea, mobili l'un su l'altro e sui tessuti che li circondano. Premendoli fortemente il paziente qualche volta accusa un senso di dolentatura, ma non di grave dolore. Essi mantengono il carattere indolente per tutto il loro decorso, e non s'infiammano nè suppurano se non per influenza di qualche causa aggravante, come per esempio, violenze, abito scrofoloso, cachessia generale, o la presenza di un ulceroide o di un uretrite; e, tranne il caso di un ulceroide, il pus non è mai inoculabile.

L'indurimento dei ganglj e l'indurimento della base di un ulcero infettante, non sono che una cosa sola nella natura loro e significato; ma come dicemmo altrove, il primo, l'indurimento gangliare, è forse il sintomo più costante e persistente, e quindi il più apprezzabile. Quando l'indurimento della base è imperfettamente sviluppato o reso oscuro dalla infiammazione comune, bisogna riferirsi all'indurimento dei ganglj, che quasi sempre ci darà la desiderata informazione. Scomparso l'indurimento della base, l'altro perdura sovente per mesi, come indizio che su qualche parte della superficie i cui linfatici si rendono al ganglio che si trova ancor duro, fuvvi un ulcero primario che infettò l'organismo, e così si determina non solo l'esistenza, ma bensì approssimativa-

mente la sede di un ulcero; caso che può tornare di immenso valore a schiarire la storia di casi venerei. Per esempio l'indurimento dei ganglj inguinali si riferisce agli organi genitali, compresa la superficie interna dell'uretra, e fino alla regione ipogastrica; quellò del. gruppo esterno presso alla spina iliaca anteriore superiore si riferisce all'ano; quello dei ganglj ascellari o di quelli presso al gomito, accenna alla mano o al braccio; quello del ganglio preauricolare alla palpebra e vicinanze; e così via ogni regione ha il suo indice.

L'indurimento dei ganglj inguinali mi servì spesso a persuadermi che c'era stato ulcero non ostante le asserzioni in contrario dei pazienti, e quando altresì gli organi genitali non offrivano alcuna cicatrice, alcun indurimento specifico. Nell'autunno e nella state dello scorso anno, un giovine ebbe due blennorragie apparentemente semplici. Nell'autunno ei venne da me con irite sifilitica, alopecia, acne del capo, ed ingorgo cervicale posteriore; a ciascun inguine c'era il plesso indurito caratteristico; era quindi certo che ci doveva esser stato un ulcero sui genitali, quantunque il paziente lo ignorasse affatto. Probabilmente in una delle due blennorragie ci fu la complicazione di un ulcero uretrale.

Ricord cita il seguente caso: —[1]

Due o tre anni or sono uno dei nostri più distinti medici venne da me tutto turbato e mi disse: Fino ad oggi ebbi fede nelle vostre dottrine, ma ora le trovo false, e le ho sperimentate proprio su di me. È una vera barbarie. Cos'è questo? mi disse togliendosi l'abito e mostrandomi il petto e il dorso. Lo esamino e gli rispondo:

— È una bella roseola sifilitica.

— Sifilitica dite? Ne siete sicuro?

— Sicurissimo.

— Ebbene vi condannate da voi stesso. In tutta la mia vita io non ebbi mai altra malattia venerea fuorchè una blennorragia, ma dodici anni sono.

— Ne siete sicuro?

— Come della mia esistenza.

[1] Lettres sur la Syphilis.

Lo esamino dalla testa ai piedi e gli dico con tutta la solennità:

— Collega, voi avete avuto *recentemente* un ulcero alla mano destra, e quest'ulcero non era nè al pollice nè all'indice ma ad uno degli ultimi tre diti.

— Voi scherzate.

— Tutt'altro; anzi avete ancora un bubone.

E gli faccio toccare colla sua mano un ganglio epitrocleano tuttora ingorgato.

Allora il collega si risovvenne che qualche mese prima aveva curata e medicata una donna che aveva degli ulceri; che gli era comparso un'ulcero al dito medio della mano destra, al quale aveva data pochissima importanza, e che tosto si cicatrizzò.

— Ecco l'origine della vostra roseola, gli dissi, agite quindi come credete meglio pel caso vostro.

Io non ricordo un solo esempio nella mia pratica di un ulcero riconosciuto alla fine infettante senza che ci sia stato indurimento dei ganglj vicini; tuttavia le statistiche di Bassereau che già accennammo, mostrerebbero che può succedere anche questo; c'è però da notare che molti di quei pazienti non furono veduti se non un mese o due dopo il contagio, nel qual tempo c'è la possibilità che questo sintomo abbia a scomparire. Ond'io ritengo che si possa ammettere in qualche raro esempio l'indurimento della base di un ulcero infettante e del bubone che l'accompagna, senza detrarre materialmente dalla importanza delle loro indicazioni diagnostiche e prognostiche; poichè volendo anche l'assoluta costanza nei sintomi sifilitici, più che in ogni altra malattia, sarebbe tuttavia difficile di trovarne due più uniformemente presenti di questi. L'indurimento non costituisce l'essenza della sifilide, che sta nel virus; nè la base della piaga nè i ganglj si induriscono quando si pianti un ulcero infettante su un organismo già infetto da sifilide; eppure il veleno rimane il medesimo. [1]

La sola affezione che si può confondere con un bubone indurito è l'ingrossamento scrofoloso dei ganglj; io viddi un buon numero

[1] Vedi p. 24.

di casi nei quali la diagnosi restò dubbia per alquanto tempo, non sapendosi la condizione delle ghiandole prima del contagio. È questa una difficoltà che si incontrerà non di rado nelle persone scrofolose che non sanno dare buon conto della loro storia antecedente.

È forse appena necessario di richiamare al lettore che non si andrà cercando il bubone nei casi di sifilide vecchia di qualche anno; poichè, come l'indurimento dell'ulcero, quello dei ganglj scompare, anche senza cura, dopo un certo periodo più lungo però di quello che dura l'indurimento dell'ulcero.

L'importanza della suppurazione di un bubone quale elemento di diagnosi, è una questione di grande importanza pratica. Supponiamo il seguente caso: Un paziente con sintomi generali di dubbio carattere, cerca consiglio a un medico, il quale sa benissimo che il suo paziente ebbe già un ulcero primario alcuni anni prima, ma non può cavarne esatta descrizione dei sintomi. Ricercando ancora, sente che vi fu tumefazione delle ghiandole di un inguine; qui il paziente si ricorda sempre se suppurarono o no; fatto del resto che si può verificare in quasi tutti i casi vedendo se c'è o no la cicatrice. Qual luce si toglierà da queste informazioni quanto alla natura dell'ulcero? Posta la descrizione che abbiamo data delle differenti sorta di bubone, *il fatto della suppurazione induce a credere ma non prova assolutamente che la piaga fosse un ulceroide. È regola generale, non però immutabile, che la sifilide costituzionale non tien mai dietro a un bubone aperto.*

La mancanza di dolore è uno dei tratti caratteristici di un bubone indurito, ma il dire che la suppurazione non succede mai, come fecero alcuni autori, è come asserire che l'indurimento difende i ganglj da ogni causa di infiammazione acuta, ciò che evidentemente è assurdo. Se l'ulcero primario è della varietà mista, o se esistono nel medesimo tempo sui genitali un ulceroide e un ulcero, ne ponno seguire e un bubone virulento e l'infezione costituzionale. A pag. 70 ne abbiamo esposto un bellissimo esempio.

Anche le applicazioni irritanti all'ulcero, la violenza esterna, gli stimolanti alcoolici, l'eccesso di coito, la blennorragia, e la fatica, ponno eccitare infiammazione comune, terminante in un ascesso dei ganglj, induriti in conseguenza dell'infezione generale; però la fonte principale ne è l'abito scrofoloso, o la debolezza generale. La storia seguente servirà ad illustrare il fatto che la suppura-

zione può dipendere dalla combinazione di diverse cause, e non la si può sempre ascrivere all'influenza del solo virus sui ganglj.

B. è individuo che appartiene a famiglia scrofolosa. Sua sorella d'anni 17, è ammalata fin dall' infanzia di una forma grave di eczema cronico; suo fratello, dopo lo spavento e l'angoscia di un naufragio, fu costretto a letto per sei mesi con suppurazione delle ghiandole inguinali. B. godette sempre buona salute; nel giugno del 1859 s'ebbe un ulcero seguito da bubone indurito. Nel settembre comparve eritema sifilitico, nel qual tempo il bubone che fino allora era stato indolente, infiammò, suppurò e stette aperto sei settimane. La malattia costituzionale fu assai ostinata, e nel luglio non s'era ancor sospesa la cura, quando per eccesso di fatiche a cavallo gli si formò un altro ascesso nello stesso inguine.

Bisogna notare in questo caso che per circa tre mesi dopo la guarigione dell'ulcero, non ci fu nulla alle ghiandole inguinali, e la suppurazione di esse al finire di questo tempo, non dipende che dall'abito scrofoloso del paziente, ed anche in parte, dall' eccitamento febbrile che precedette l'eruzione sifilitica.

Dalle statistiche raccolte da varj osservatori si rileva che è raro, ma tuttavia possibile il bubone suppurante compagno di un ulcero susseguito da sintomi secondarj.

La seguente tavola che io compilai sul Bassereau dimostra: 1º Il numero dei casi di sifilide costituzionale in osservazione, che furono preceduti da buboni. 2º Il numero dei buboni che suppurarono, e 3º la forma dell'eruzione manifestatasi più tardi. —

NUMERO COMPLESSIVO	SUPPURATI	FORMA DELL'ERUZIONE
117	1	Eritematosa.
42	5	Papulosa
108	1	Placche mucose.
12	1	Vescicolosa.
54	4	Pustulosa.
50	4	Tubercolosa
Totale 383	16	

Così su 383 casi d'ulcero infettante accompagnato da un'affe-

zione dei ganglj e seguito da sintomi secondarj, vi furono solo sessanta buboni suppuranti.

Fournier dice che nel largo numero di ulceri induriti curati da Ricord all'Hôpital du Midi nell'anno 1856, ve ne furono solamente tre accompagnati da buboni suppuranti.

H. Lee in un'analisi di 1409 casi di malattie veneree, esclusa la blennorragia semplice, riferita nei libri del Lock Hospital in Londra, trovò novantotto casi di sintomi secondarj complicati da bubone suppurante; ma in tutti tranne sei, v'era ragione a credere che quest'ultima affezione si dovesse ad altro contagio che non a quello che produsse la prima forma, oppure a cause indipendenti dal virus sifilitico. [1]

Bassereau tratta questo argomento in modo sì chiaro, ch'io voglio citarne qui le osservazioni:

— C'è un fatto non conosciuto dalla maggior parte dei sifilografi, e che ignorano altresì molti pratici: voglio dire la rarità dei buboni suppuranti che accompagnano quegli ulceri che precedono la sifilide generale. La proposizione inversa, cioè, che la sifilide generale è rara dopo ulceri accompagnati da buboni suppuranti, è egualmente vera, ed è generalmente sconosciuta, quantunque abbia in pratica una grande importanza. Da questo però non si deve dedurre che ogni individuo che abbia un ulcero con ingrossamento gangliare indolente, debba necessariamente aver poi sifilide generale; nè che la suppurazione in un bubone garantisca che il paziente andrà esente da manifestazioni costituzionali; poichè moltissimi ganglj infiammati che non suppurano, non vengono più seguiti da infezione dell'organismo, e alcuni pochi buboni suppuranti sono susseguiti da sifilide generale. Ma quantunque la suppurazione e la mancanza di dolore non siano sintomi di assoluta importanza, forniscono almeno un gran dato pel futuro, quindi indicazioni diagnostiche e terapeutiche assai importanti. I dati risguardanti il decorso di un ingorgo ghiandolare che accompagni la piaga primaria, ci ajuteranno anche dopo molti anni a deter-

[1] On the Non-mercurial Treatment of certain Forms of Syphilitic disease; Analysis of 1400 cases. Association Medical Journal, dicembre 7, 1855.

minare il carattere di sintomi, la natura dei quali ci sembri dubbia. Supponiamo per esempio, che si voglia sapere se un'eruzione cutanea o una osteite sia di natura sifilitica; se nell'anamnesi troviamo un ulcero e un bubone suppurante, l'origine specifica del male presente è poco probabile, e quantunque il mercurio non sia assolutamente controindicato, la prudenza ci insegnerà a non adoperarlo più di quanto sia necessario a vederne l'effetto.

I primi scrittori sulla sifilide non compresero i buboni suppuranti fra i sintomi che precedono quelli dell'eruzione generale che allora si chiamava: mal francese; e quando si riconobbe l'efficacia del mercurio nella cura della nuova malattia, essi non lo amministrarono più indistintamente a tutte le persone con ulcere sugli organi genitali e con buboni, senza distinguere fra le diverse forme di questi sintomi. Leggendo le opere loro ognuno può convincersi di questo fatto. Non era però trascorsa la prima metà del secolo decimosesto, ch'essi si erano già dipartiti da questa sana dottrina: non sì tosto i buboni suppuranti forono confusi coi sintomi del mal francese, che i medici ritennero ch'essi preservassero dalle manifestazioni generali. Consultate in proposito Nicholas Massa, Mathiolus, Antonius Lecoq e Botal; essi tutti si fermano su questo punto, e Guglielmo Rondelet va ancor più presso alla verità quando dice che, i buboni che si risolvono e quelli che induriti non mostrano alcuna tendenza a suppurare, sono indizj certi dell'imminenza della sifilide costituzionale: Si qui dolores patiantur, præcesseritque exulceratio in mentula intra vel extra et bubones venerei qui non profluxerint sed retrocesserint vel indurati sint, eos morbo gallico laborare certo et intrepide, etiamsi negent, affirmare possumus. —

Indurimento dei linfatici. — Nella stessa guisa che il bubone semplice e il bubone virulento sono accompagnati qualche volta dalla linfangite semplice e virulenta, così il bubone indurito è accompagnato dall'indurimento dei linfatici; questo indurimento, quantunque non sia costantemente presente, c'è però più spesso che non nelle altre due sorta di bubone.

L'ingorgo specifico dei linfatici dipende da cambiamenti che hanno luogo nelle parti di questi vasi, identici a quelli che de-

terminano l'indurimento della base dell'ulcero e dei ganglj; esso è caratterizzato dagli stessi tre sintomi, cioè indurimento, mancanza di infiammazione, persistenza.

Il vaso indurito ci si offre come un cordone duro che decorre dalle vicinanze dell'ulcero verso il pube, lungo la superficie superiore del pene seguendo il corso delle vene e dell'arteria dorsale; in qualche raro esempio sta a un lato della verga. Per lo più è singolo, qualche volta molteplice, del volume di una penna di gallo o d'oca; in alcuni casi di uniforme diametro, e allora il dito prova una sensazione come toccando il vaso deferente, mentre in altri casi presenta dei rigonfiamenti di tratto in tratto come una collana, o, come direbbero i botanici, è moniliforme. Un'estremità incomincia all'indurimento che circonda l'ulcero, e si può seguire il cordone per due o tre pollici verso il pube, qualche volta fino alla base del pube, di rado più in là del ganglio inguinale indurito.

L'indurimento dei linfatici si osserva più di frequente sul pene, ma non si limita però a quest'organo. Bassereau cita un caso di ulcero infettante sulla guancia, nel quale si potevano seguire le tracce di un cordoncino duro, dalla base indurita della piaga fino a un bubone indurito sotto l'angolo della mascella.

L'indurimento dei linfatici compare circa al medesimo tempo nel modo istesso di quello della base dell'ulcero; ambedue corrispondono però tra loro nel grado di sviluppo. Come già si disse, il primo è meno costante del secondo, ma cercandolo lo si troverà nel maggior numero dei casi.

L'indurimento dei linfatici si risolve per lo più all'incirca quando si risolve quello della base della piaga; ma in pochi casi si infiamma e termina colla suppurazione; allora si ponno formare delle aperture fistolose lungo il corso del vaso. Bassereau vidde tre casi nei quali l'indurimento del vaso si infiammò e si trasformò in un tumore flemmonoso, la cavità del quale comunicava coll'interno di un linfatico ipertrofico, pel quale si poteva far passare uno specillo fino al pube. In un caso egli potè instituire l'esame cadaverico, poichè il paziente morì per una intercorrente malattia acuta. La vena e l'arteria dorsale erano intatte, e il canale fistoloso manifestamente era costituito da un linfatico ipertrofico a pareti dure ed inspessite, che si poteva seguire dall'indurimento dell'ulcero al ganglio inguinale destro.

L'indurimento dei linfatici si può distinguere facilmente dall'arteria e dalla vena dorsale. Più facilmente si confonde colla linfangite semplice o virulenta. Nella descrizione di quest'ultima abbiamo già dati i sintomi diagnostici.

Questo sintomo dell'ulcero infettante ha il medesimo significato prognostico dell'indurimento della base dell'ulcero e dei ganglj inguinali, e dinota che l'organismo è già infetto, e che tosto verrà in scena la sifilide generale.

BUBONE NON CONSECUTIVO O BUBON D'EMBLÉE. — Queste espressioni vengono applicate ad una certa classe di casi nei quali i ganglj inguinali si infiammano e suppurano dopo il coito, senza che si possa scoprire la presenza di un ulcero; riguardo al carattere di questa sorta di bubone furono esposte molte opinioni diverse.

Il solo chirurgo, per quanto io sappia, che abbia investigati i sintomi e la natura di questa affezione coi lumi portati dalle più recenti scoperte in sifilografia, è Diday, che descrive i sintomi del bubone d'emblée come segue: [1] —

1. Un lungo periodo di incubazione, per lo più di circa tre settimane.

2. Alcuni giorni prima che si manifesti il bubone il paziente si trova incomodato, incapace al sonno, con calore e secchezza della pelle, scariche alvine irregolari, stanchezza, perdita di appetito, e dolori alla region lombare. Questi sintomi precedono piuttosto che non seguono l'evoluzione del bubone, non corrispondono all'intensità di esso, e diminuiscono col suo progredire.

3. L'infiammazione è sempre subacuta. Il tumore si forma lentamente; poco il dolore e la sensibilità; e se ha luogo la suppurazione, la cute non si arrossa, nè si forma materia nel tessuto cellulare circostante, come succede quasi sempre nell'adenite virulenta.

4. È di lunga durata, e nelle più favorevoli circostanze persiste almeno per un mese.

[1] Nouvelles doctrines sur la Syphilis, p. 186.

5. Suppura in circa un caso su quattro; *ma l'apertura dell'ascesso non si trasforma mai in ulcero, e il pus non è mai inoculabile artificialmente.*

6. *Quando questo fu il solo sintomo venereo non ne segue mai sifilide costituzionale.*

Diday dice che l'osservazione clinica lo induce ad ammettere l'esistenza di un bubone non preceduto da ulcero e che presenta i suddescritti caratteri; che fin là egli è sostenuto dai fatti; la spiegazione dei quali però è tutt'altra cosa, e vi s'appressa con molta esitanza. Egli però s'azzarda a proporre una teoria quanto alla loro origine, supponendo che il virus dell'ulceroide può in certe condizioni arrivare al ganglio passando per i vasi assorbenti senza lasciare un ulcero al punto dov'esso penetrò nell'organismo, ma che coll'imbibizione viene ad essere talmente modificato ch'esso perde le sue proprietà specifiche, non agisce che come un comune irritante, e non dà luogo a bubone virulento.

Ricord spiega i medesimi casi dicendo che — o la loro presenza dopo un coito non è che una pura combinazione e dipendono d'altre cause, o son dovuti alla reazione simpatica conseguenza dell'irritazione dell'estremità dei vasi assorbenti durante il coito, come può succedere dopo qualunque eccitazione non specifica delle parti. — Diday risponde a ciò, che i buboni non susseguono ad un'irritazione assai maggiore di quella prodotta dall'amplesso sessuale; che per esempio non si osservano dopo l'escisione o la cauterizzazione di vegetazioni, di emorroidi, dopo operazioni per fimosi, dopo l'amputazione del pene e simili; e che quindi non è ragionevole il supporre che possano nascere dal coito solamente senza contagio.

Per conto mio posso dire d'aver veduti diversi casi di buboni colla medesima combinazione di sintomi di quelli descritti da Diday e nei quali, col più diligente esame, non si potè scoprire alcun ulcero. Notai particolarmente il carattere subacuto del tumore e il lento svilupparsi e la mancanza di susseguenti sintomi di sifilide costituzionale. La pratica privata non mi offrì circostanze opportune per provare la natura del pus contenuto mediante l'inoculazione artificiale, ma l'apertura dell'ascesso non prese mai l'aspetto dell'ulcero; d'altronde l'osservazione continuata per lunghissimo tempo dopo, mi persuase che non v'era infezione costi-

tuzionale. Non avvi però alcuna ragione che mi facesse credere che questi casi fossero in qualsiasi modo legati ad una specie di virus ulceroso, ed io ritengo la teoria di Diday opera affatto di fantasia e da non accettarsi. Io credo che questi buboni siano effetto di irritazione e di eccessivo esercizio degli organi genitali durante il coito, favoriti sovente dall'abito scrofoloso, o da altri eccessi. L'influenza della fatica muscolare e dell'irritazione locale su organi lontani è difficile a spiegarsi, ma è però spesso osservata in altre parti del corpo.

Si risponde assai facilmente all'objezione di Diday con queste due domande: 1. L'amputazione del braccio, o una graffiatura a un dito ambedue ponno destare adenite ascellare; or di queste due ferite qual'è quella che la determina più facilmente? 2. Un'operazione di fimosi aggraverà un bubone inguinale più che non una lunga camminata o ripetuti amplessi?

Ritenendo pertanto quest'affezione, affatto indipendente dal contagio, è un male che le sia stato dato il nome di bubone, nome applicato generalmente alle malattie dei ganglj dipendenti da virus o di un ulceroide o di un ulcero verò; questa denominazione può indurre in erronee conclusioni.

L'esistenza di un bubone d'emblée secernente pus inoculabile e atto ad infettare l'organismo, non regge affatto colle cognizioni che s'hanno in oggi sulle malattie veneree, onde la si deve rigettare. I casi riferiti di questo carattere, sono assai lungi dall'esser persuasivi.

CURA.

Quanto alla cura i buboni si possono dividere in due classi:

1. Infiammazione acuta dei ganglj con tendenza alla suppurazione, e che richiede una cura locale.

2. Buboni induriti senza infiammazione, e che non richiedono che una cura generale.

La prima divisione comprende il bubone semplice e il bubone virulento, ed anche quei casi eccezionali di buboni induriti nei quali si determina l'infiammazione per qualche altra causa indi-

pendente dal virus sifilitico. In questi buboni l'infiammazione, abbenchè di intensità assai diversa nei diversi casi, è il sintomo prominente sul quale deve fermarsi l'attenzione del chirurgo; onde la cura ha per iscopo di soggiogare possibilmente l'infiammazione, distogliere la suppurazione, ed affrettare la cicatrizzazione quando si sia formato ed aperto un ascesso.

Quando il bubone è virulento, quando nel ganglio sta racchiuso del pus specifico, è certo che ogni tentativo per arrivare alla risoluzione fallirà; ma siccome questa specie non può distinguersi in principio da un bubone semplice, quantunque ce lo possa far sospettare la presenza di un ulceroide sui genitali, in pratica non possiamo distinguere questi casi, e dobbiamo quindi trattare tutti i buboni infiammatorj come se fosse possibile la risoluzione di essi. Nella maggior parte dei casi però, pur troppo non si raggiunge questo felice risultato; ma l'inazione non soddisfa mai il paziente e il successo dei rimedj in pochi esempj, ci compenserà largamente d'averli adoperati in tutti i casi; poichè il bubone suppurante è un'affezione che arreca e dolore e incomodo assai, e che richiede generalmente il letto almeno per qualche giorno, che espone il paziente a non poter più nascondere il suo male, e lascia una cicatrice indelebile. L'idea che s'aveva una volta che sia dannoso il *respingere indentro la materia* risolvendo il bubone, è ora abbandonata affatto perchè manca di fondamento. [1]

I mezzi diretti ad ottenere la risoluzione sono: il regime antiflogistico, il riposo, la dieta, i catartici, la deplezione locale, i contro irritanti, e la compressione.

Cura generale. — I rimedj generali non sono sempre indicati. Quando l'infiammazione è subacuta si ponno adoperare fin da principio le applicazioni locali.

[1] Faccio voti perchè quei pochi medici i quali non isfuggirono ancora alla scuola dell'umorismo, abbiano a correggere le loro idee terapeutiche sopra tale argomento. Sfortunatamente ve ne sono ancora tra noi di quelli i quali credono gran danno se il bubone abortisce e se la natura medicatrice non elimina colla suppurazione il virus, che secondo essi essendogli intercettato un'emuntorio, termina coll'infettare l'organismo. La pronta risoluzione del bubone evitando la suppurazione, è il miglior partito pel malato.

A. Ricordi.

Il riposo è quindi di prima importanza, quanto più s'avvicina all'assoluto riposo, tanto meglio. Parrebbe che il buon senso comune dovrebbe suggerire tosto questo precetto ad ognuno che ha un principio di bubone; ma se il chirurgo si fida dell'intelligenza del solo paziente, sarà spesso deluso e troverà che l'ingrossamento peggiorò per una lunga camminata o per una prolungata posizione in piedi, il che è egualmente dannoso. Bisogna assicurarsi possibilmente che il paziente stia in riposo ma in posizione orizzontale sul dorso. È raro che si possa tralasciare di incominciare con un purgante; dopo si faccia in modo di ottenere ogni giorno una evacuazione alvina. Se il paziente è robusto, dieta bassa; ma quando l'organismo è già debole o cachetico, la stretta astinenza favorisce la suppurazione, onde bisogna guardarsene.

Le medesime regole modereranno l'impiego della deplezione locale, il benefizio della quale è così incerto da compensarci appena scarsamente dei danni che ne derivano; tuttavia quando il paziente è pletorico, quando i sintomi locali sono acuti, si applicheranno da sei a dodici sanguisughe intorno al tumore ma non sul tumore, favorendo l'uscita del sangue col bagno caldo; non si adopereranno però mai le sanguisughe quando s'è formato l'ascesso e che sta per aprirsi, diversamente le ferite si inoculano e si trasformano in ulceroidi. Spesso si supplirà meglio con una soluzione di solfato di magnesia e di tartaro emetico [1].

A questo periodo i rimedj specifici giovano a nulla. Inutile il mercurio, poichè l'infiammazione non dipende dall'azione del virus della vera sifilide. Spesso impiegai l'ioduro di potassio, ma senza alcun effetto fuor che nei soggetti scrofolosi.

[1] Il trattamento antiflogistico locale colle sanguisughe si può anche evitare e sostituirvi altri mezzi: se il pratico però credesse opportuno di ricorrervi sarà meglio che abbondi nel numero degli anellidi. È regola generale di terapia che se sopra una parte flogosata si applicano poche sanguisughe, esse provocano un'afflusso di sangue alla località che poi non arrivano a sottrarre, e molte volte si ottiene lo scopo contrario; la malattia peggiora. Questo fatto l'ho veduto più volte verificarsi in malati i quali aventi od un bubone infiammatorio, od anche un'orchite da blennorragia erano stati trattati coll'applicazione di quattro o cinque sanguisughe. I vantaggi che presenta questo trattamento sono ancor problematici, mentre gli inconvenienti possono avere dei gravi risultati.

A. Ricordi.

La lunga lista delle applicazioni locali raccomandate nella cura dei buboni, è una prova che nessuna di queste applicazioni può inspirarci tutta la confidenza. Quasi tutte agiscono come controirritanti, o tendono a determinare l'assorbimento e la risoluzione mediante la compressione. Se ne eccettui il ghiaccio, il quale applicato a un bubone affatto sul cominciare prima che ci sia l'infiammazione acuta, riesce qualche volta a frenarla.

CONTRO IRRITANTI. — La tintura di iodio è uno dei migliori contro irritanti. Io non ritengo che il vantaggio che se ne ha dipenda da una speciale facoltà di indurre l'assorbimento, bensì dall'infiammazione che eccita sulla cute. Si può dire lo stesso di questo unguento che io adopero abitualmente: —

Ioduro di potassio grammi 1.
Iodio centigrammi 25.
Unguento mercuriale grammi 30.
M.

Si può applicare una di queste preparazioni due volte al giorno fino a che si sia destata tutta quell'infiammazione che il paziente può sopportare, e allora si sospende o si diminuisce.

Henry Thompson [1] in un suo scritto, raccomanda assai la soluzione forte di nitrato d'argento solido, e la raccomanda in modo che il suo articolo mi indusse a seguire il suo consiglio. Le proporzioni della soluzione sono di 9 o 10 grammi di nitrato d'argento in 30 grammi d'acqua aggiungendo venti gocce di acido nitrico. La si applica a tutta la superficie del tumore e la si ripete tosto che cade l'escara; oppure si può bagnare prima la superficie del tumore con acqua comune poi passarvi sopra ripetutamente un cilindretto di nitrato d'argento.

Si può impiegare allo stesso scopo un vescicante che poi si medica con varj unguenti irritanti o risolventi. Diminuiti alquanto i sintomi acuti, oppure sull'esordire del bubone virulento, Ricord consiglia di medicare il vescicante due volte al giorno con un grammo o due di unguento mercuriale coprendolo poi con un catapla-

[1] London Lancet, giugno 1855.

sma di semi di lino che si cambierà tre o quattro volte nelle ventiquattro ore. [1]

Malapert e Reynaud proposero una soluzione caustica di bicloruro di mercurio, per la cura dei buboni quando c'è già la suppurazione; fu anche impiegata da alcuni chirurghi allo scopo di ottenere la risoluzione.

Per la cura dei buboni subacuti, si adopera da alcuni anni negli ospedali francesi la cauterizzazione punteggiata, ossia la rapida applicazione di una punta di ferro scaldata a bianco su diversi punti della superficie del tumore. Consigliai questo metodo all'ospedale Bellevue di questa città, ed ebbi la compiacenza di vederlo adoperato con soddisfacenti risultati. È però difficile l'impiegarlo nella pratica privata, più pel ribrezzo che incute che pel dolore il quale non eccede certamente quello prodotto da tanti altri caustici. [2]

Compressione. — La compressione è uno dei mezzi diretti allo scopo di indurre la risoluzione dei buboni, e dicesi che venisse suggerita dall'aver osservato che questi tumori non succedono dove agisce un cinto. Il mezzo più facile per assicurare la compressione è quello della spugna compressa tenuta in sito con una fasciatura a spiga, applicando poi dell'acqua calda per far gonfiare la spugna. Un interno dell'Hôpital du Midi inventò a questo scopo una fasciatura o cuscinetto, che consiste di un pezzo di legno rotondo coperto di pelle e munito di coregge che passano intorno alla vita e alla coscia. Lo si può ottenere da qualunque fabbricatore di apparecchj di tal sorta, è assai conveniente e giova molto

[1] Anche il solo unguento mercuriale applicato a grossi strati sul bubone infiammatorio, senza preceduta vescicazione, e la sovrapposizione dell'empiastro anodino ripetuto nel giorno, mi valse in molti casi a far abortire la malattia. Esso ha un'effetto veramente sudativo ed antiflogistico.

A. Ricordi.

[2] Il Robert, pare che usasse con successo i piccoli e numerosi cauterj (da 3 a 10) colla pasta di Vienna, applicati sulla superficie del bubone. Ed il Broca, si dice, ottenesse vantaggi dalle multiple punture sul principio dell'adenite.

A. Ricordi.

bene. Comunemente lo si chiama: cuscinetto di Ricord pei buboni. [1]

Reynaud [2] combina il calore e la pressione scaldando un mezzo mattone a margini smussati, lo involge in un pezzo di tela, lo pone sul bubone e lo cambia ogni due o tre ore quando è diventato freddo.

J. H. Clairbone ed altri, hanno consigliato l'applicazione del collodion il quale colla facoltà che gli è propria della contrazione, esercita una certa pressione sul tumore.

Aggiunta di A. Ricordi. — Quando io parlava del collodio nella cura dell'orchite blennorragica associandomi volontieri alle opinioni di coloro che prima di me parlarono di tale medicazione, attribuiva a quel rimedio due sole proprietà: la perfrigerante e la compressiva. In allora non aveva ancora fermata la mia attenzione sopra alcuni fatti clinici che rivelavano come quest'effetto fisico-meccanico non fosse il solo dal quale la medicazione collodica traesse giovamento.

Nel bubone infiammatorio suppurato o no, il collodio non può assolutamente agire come mezzo di compressione, ed io non posso condividere l'opinione di Clairbone. L'azione compressiva non la si può ottenere che sullo scroto poichè è ricco di fibre muscolari che si contraggono notevolmente per l'azione del freddo che suscita l'evaporazione dell'etere: il collodio essiccandosi in appresso e costituendo una borsa aderente alla cute, non comprime per azione propria ma mantiene la riduzione del tumore testicolare: la sua

[1] La compressione specialmente coadjuvata da rimedj topici solventi, è un'eccellente mezzo per ottenere la risoluzione più o meno pronta dell'adenite. Il miglior modo di eseguirla, è colla fasciatura a spiga coadjuvata da compresse di tela sul tumore. Questa medicazione se è ben fatta dà de'buoni risultati ma nei buboni subacuti, nei flemmonosi è dannosa, quindi da proscriversi assolutamente. Ne'casi però ne'quali è indicata, qualora insorgessero sintomi più palesi di infiammazione, arrossamento della cute, dolori trafittivi, ecc. bisognerà levarla tosto e ricorrere ad altri mezzi per ottenere il medesimo scopo.

A. Ricordi.

[2] Traité des Maladies Vénériennes, p. 76.

azione dunque è passiva, e quest'azione non la può menomamente spiegare sopra un tumore adenico.

Ad onta di tutto ciò, è un fatto che molti buboni infiammatorj, caldi, tesi, dolenti, colla cute arrossata e che minacciano l'esito della suppurazione, abortiscono coll'uso delle replicate applicazioni di collodio. Io sono stato testimonio molte volte di questo fatto non solo, ma ho raccolte sei osservazioni di buboni suppurati, ne' quali la raccolta marciosa palesissima e piuttosto rilevante (fino a tre cucchiaj da tavola all'incirca) scomparve colla sola medicazione collodica. [1] Erano sei buboni da ulcero semplice, certamente non virulenti e guariti tra i 12 e i 19 giorni di cura, costituita da quattro o cinque spalmature di collodio al giorno. Ed il pus contenuto negli ascessi era scomparso dietro metamorfosi adiposa, come ho constatato col microscopio, esaminando una minima quantità di materie che ricavai, con una piccola puntura, da uno degli ascessi nel quale la marcia era scomparsa dietro la medicazione collodica. Questi fatti così chiari d'assorbimento di prodotti flogistici non si possono attribuire alla compressione, ma bensì alla impedita azione della cute per la quale si suscita ed in essa e nei tessuti sottoposti un lavorio speciale di assorbimento.

METODI DI APRIRE I BUBONI. — Appena si è riconosciuto che il bubone contiene della materia, quindi manifesto che la risoluzione è impossibile, si deve tosto aprire l'ascesso. Il ritardo permette al pus di raccogliersi e scavare, per così dire, sotto alla pelle, la quale, diventando sottile e mancandole gli elementi vascolari, viene a distruggersi per una certa estensione, onde la difficoltà di cicatrizzazione si fa sempre maggiore e resta poi alla fine una spiacevole cicatrice ancora più larga. Questi risultati sono invero assai desiderabili, dato che si possano ottenere; la mia esperienza però mi fa preferire il primo metodo nel maggior numero dei casi; poichè molte volte facendo le piccole punture, la materia non trovando libera escita, si approfonda in varie direzioni, e si deve poi

[1] Queste mie osservazioni sono pubblicate negli Annali Universali di medicina, anno 1864, fascicolo di marzo sotto il titolo — *Dell'assorbimento di alcuni prodotti flogistici per mezzo della medicazione collodica.*

dopo ricorrere a una lunga spaccatura prima che abbia luogo la cicatrizzazione.

Ecco il mio metodo. Rado i peli tutto all'intorno perchè ci sia poi maggior nettezza e facilità nella medicatura. Se il paziente è un soggetto nervoso, gli dò l'etere quanto basti per lasciarmi esplorare l'ascesso senza interrompermi. Penetro coll'estremità del coltello nel punto più declive dell'ascesso e dirigo l'incisione all'insù parallelamente alla linea mediana del corpo, lunga quanto la cavità. Io preferisco questa direzione a quella che segue la ripiegatura inguinale, poichè piegando la coscia, i margini della ferita fatta al modo mio stanno divaricati, mentre si ravvicinano, si chiudono, quando il taglio segue la direzione della piega dell'inguine. L'esposizione all'aria ferma generalmente l'emorragia in pochi momenti; allora esamino diligentemente le pareti della cavità per vedere se ci sono dei seni, e se ne trovo qualcheduno che s'approfondi per oltre un mezzo pollice sotto la pelle, lo spacco con un bistori bottonuto. Spesso si trovano sporgenti in cavità delle ghiandole che per la suppurazione restano pressochè isolate dal tessuto cellulare intorno ed attaccate per una piccola base o per un peduncolo; avendo imparato dall'esperienza ch'esse non si eliminano generalmente che con un lento processo di ulcerazione, io le tolgo via colle forbici, oppure colle dita, quando lo si può fare senza violenza. Lasciandole in posto se ne vede per molto tempo la superficie scura, poltacea, e senza dubbio non fanno che prolungare il processo di cicatrizzazione.

Certe volte tien dietro a questa operazione una tale emorragia che non la si può fermare nè lasciando la ferita esposta all'aria, nè col ghiaccio, nè colla compressione; s'essa si fa profusa, od anche scarsa ma prolungata, bisogna chiudere il vaso. Ho veduto una volta un paziente cui si aprì un bubone, completamente impallidito da un leggier gemizio di sangue che continuò libero per alcuni giorni al di sotto del coagulo che s'era formato superficialmente. [1]

[1] L'emorragia consecutiva all'apertura di un bubone od alla spaccatura di un profondo seno fistoloso, talvolta è veramente imponente, e senza che sieno state lese dal tagliente arterie di certo qual calibro: è semplicemente capillare. Io ho veduto due anni or sono, morire per ripetuta

Disposta così la cavità dell'ascesso si introducono delle filacce rotte, o asciutte o bagnate in una mescolanza di laudano ed acqua, avvertendo di occupar diligentemente ogni piccolo seno che non si credette necessario di aprire col coltello, poi si applica un cataplasma o il bagno freddo. Il dolore e la difficoltà dei movimenti che erano forse diminuiti sul primo formarsi della materia, crescono ancora per alcuni giorni, ma non sono però di un grave incomodo, purchè il paziente stia in riposo adagiato sul dorso. La prima medicatura, che resta attaccata alla ferita pel sangue coagulato, si smuove al terzo giorno circa, quando incomincia la secrezione della marcia, e la si toglie via dopo aver prima applicato un cataplasma caldo per qualche ora. Le medicature susseguenti consistono di filacce spalmate di unguento semplice o medicato, o bagnato in una qualunque delle lozioni raccomandate nella cura degli ulceri, per esempio acqua ed acido nitrico, vino aromatico, soluzione del Labarraque, tartrato di ferro e di potassa; queste medicazioni devono esser rinnovate due volte al giorno.

Di tempo in tempo bisogna esaminare la cavità, e se si trova un qualche seno che si va internando, spaccarlo col coltello; quelli piccoli però si fanno chiudere coll'empirli di filacce ad ogni medicatura. È meraviglioso il vedere la rapidità colla quale si restringe certe volte la ferita per le granulazioni che nascono dal fondo e per l'avvicinarsi dei margini; per lo più la cicatrizzazione è completa in tre o quattro settimane, durante il qual tempo è bene che il paziente non si muova dalla camera.

Quantunque io non possa convenire negli alti encomj che si son fatti alle incisioni molteplici, quantunque io pensi che non si dovrebbero adoperare nella cura della maggior parte dei buboni,

emorragia un'individuo vecchio il quale da più mesi aveva un seno fistoloso lungo tre centimetri, da bubone suppurato ed apertosi spontaneamente all'inguine sinistro e che era stato spaccato per intero. Alla sezione, la piaga mostravasi rassomigliante ad una mucosa intestinale infiammata. La soluzione più o meno concentrata di bicloruro di ferro, sola o mista all'ergotina, oppure la polvere di colofonia, l'alcool rettificato, ecc. ordinariamente riescono a far cessare l'emorragia. La soluzione di ferro poi, essendo leggiermente caustica, e per la proprietà a lei inerente, forma col sangue una crosta brunastra aderente, distaccatasi la quale, la sottostante piaga è di buon aspetto, e ripara prestamente.

A. Ricordi.

tuttavia in alcuni casi ponno giovare quando l'ascesso è superficiale, e quando la cute per largo tratto è fatta sottile assai e poco robusta, in modo che ci sia timore con una larga spaccatura, di vederla distrutta per disorganizzazione. Allora con un bistori o con un ago scanalato, si fanno delle punture all'intorno del tumore, come consiglia Vidal, meglio che verso il centro, e si lascia scolare il contenuto. Scorse le ventiquattro ore, onde impedire che si raccolga altra materia e per assicurarsi dell'adesione delle pareti, si esercita una pressione continua mediante compresse tenute in sito da una fasciatura a spiga. Quand'anche non si ottenessero questi risultati, si otterrà almeno che l'ascesso si ristringa, e allora se sarà necessario, si potrà fare un'incisione con minore distruzione di integumento.

Il metodo preferito da Langston Parker è il seguente: — Quando il bubone arriva al punto che lo si deve aprire, prima che la cute si abbia ad assottigliare di troppo, si fanno sei, otto, dieci piccole punture con un ago scanalato dove la pelle è più sottile; da queste aperture cola la materia fino a che l'ascesso è vuotato. Allora, per una di queste punture si introduce l'estremità di una sottile siringa di vetro e vi si spinge dentro una debolissima soluzione di solfato di zinco, nelle proporzioni di dieci a quindici centigrammi in duecento a duecentocinquanta grammi d'acqua. Vuotato l'ascesso si applica al disopra una larga compressa di tela e si esercita una moderata compressione con una fascia. Molte volte, potendo tener tranquillo il paziente per ventiquattro ore, si riesce ad acquistare una parziale o totale adesione dei lati del bubone, e ne risulta una rapida guarigione; altre volte non succede così, ma colle injezioni quotidiane da una delle punture, che si mantiene aperta a questo scopo, si riesce in quasi tutti i casi ad ottenere la guarigione in pochi giorni. [1] — Io sarei contentissimo di poter confermare pienamente i vantaggi di questo metodo.

Roux di Toulon e Marchal di Calvi proposero di injettare i buboni immediatamente dopo la spaccatura, con una miscela di una parte di tintura di iodio e tre o quattro di acqua. Langston Parker

[1] The Modern Treatment of Syphilitic diseases. Philadelphia, 1854, p. 148.

adopera qualche volta una soluzione di iodio e ioduro di potassio come segue: —

Iodio centigrammi 20.
Ioduro di potassio centigrammi 40.
Acqua grammi 250.
M.

Una commissione della Société de Médecine di Parigi nel 1859, ebbe a riferire in opposizione al setone filiforme consigliato da Bonnafont ed anche da Parker.

L'aprire i buboni coi caustici è un metodo che venne adottato da diversi autori; ora però è seguito da pochi.

Il metodo di Malapert[1] e Reynaud[2] assai in voga un tempo, adoperato su larga scala all'Emigrants'Hospital, Deer Island, Boston, quando io era studente di medicina, consiste nell'applicazione di un vescicante al tumore, denudare la parte, asciugarla dal siero ed applicarvi una compressa di tela imbevuta di una soluzione di 75 centigrammi di sublimato corrosivo in 30 grammi d'acqua; si lascia in posto il caustico per due ore, oppure fino a che si sia formata un'escara superficiale, poi si applica un largo cataplasma. Gli autori di questo metodo dicono che caduta l'escara, il contenuto dell'ascesso trapela dai pori della cute, che non si distrugge così tutta la sostanza dell'integumento, e che le pareti della cavità vengono ad essere stimolate o modificate dal caustico in modo che aderiscono rapidamente. Questo metodo, quantunque destinato da'suoi autori solo alla cura dei buboni nei quali s'è già determinata la suppurazione, venne da altri applicato allo scopo di ottenere la risoluzione. I pochi vantaggi che ha questo metodo su altri più miti, non compensa l'eccessivo dolore che ne accompagna l'applicazione.

Aggiunta di A. Ricordi. — Anche qui desidero far conoscere il felice risultato della mia esperienza, ottenuto nella cura del bubone suppurato, col metodo della puntura e dell'injezione. Quando

[1] Archives Générales de Médecine, marzo 1852.
[2] Traité des Maladies Vénériennes, p. 70.

coi rimedj abortivi non si è stati abbastanza fortunati di ottenere la risoluzione della adenite; oppure quando l'ammalato si presenta allorchè ha già incominciato a suppurare, dopo aver bene rasa e ripulita la parte, si pratica una puntura verso il centro dell'ascesso.[1]

La ferita che ne risulta è di sei millimetri all'incirca. Il tagliente può essere approfondato più o meno nel tumore a seconda che la suppurazione è più o meno superficiale.

Allora con una dolce e continuata pressione si svuota l'ascesso; la marcia che ne esce è ordinariamente flemmonosa; si injetta quindi per la ferita, mediante uno schizzetto di vetro, un liquido leggiermente caustico: questa prima injezione è destinata a lavare la superficie interna dell'ascesso, e la si deve quindi far rifluire; la seconda è quella che è destinata a starne a contatto più lungo tempo. Il liquido immesso varia a seconda della vastità dell'ascesso; e siccome le sue pareti dopo lo svuotamento della marcia vengono quasi a contatto, così una piccola quantità è sufficiente all'intento. Si sovrappone poi alla piccola ferita del filaticcio che si ricopre con un pezzetto di tela spalmato d'unguento, e mediante compresse e la fasciatura a spica si esercita una modica pressione sull'inguine.

Se l'ascesso è piccolo, si rinnova la medicazione ogni 24 ore, in caso diverso due volte al giorno. Ed in questa circostanza talvolta occorre di vedere uscir dall'ascesso una maggior quantità di pus che all'atto della puntura: ciò dipende dall'essersi chiusa in parte la ferita in modo da non poter dar libero esito alla marcia, al liquido medicamentoso, oppure dalla soverchia irritazione prodotta da quest'ultimo, per la quale aumentossi la piogenesi.

Ordinariamente il pus decresce ciascun giorno, l'ascesso si restringe, diminuisce a poco a poco l'indurimento ghiandolare o connettivo circostante. La cute che ricopriva il tumore, e che era

[1] A questo scopo può servire una lancetta, od un coltello a lama strettissima; io mi prevalgo d'un piccolo strumento che feci appositamente costruire. È una lama bitagliente lunga tre centimetri e larga sei millimetri, a forma di grano d'avena, la di cui sezione trasversale ha la figura di un romboide; è montata sopra un piccolo manico come i soliti coltelli da busta. Questa lama ha il vantaggio di tagliare ad ambo i lati, d'essere robusta e di divaricare leggiermente i margini della ferita.

più o meno arrossata ed assottigliata ripiglia il colorito normale e si fa più densa.

A questo punto non è necessario di ripetere giornalmente l'injezione; si può eseguirla anche in giorni alterni: ma ad ogni singola medicazione è d'uopo far escire colla compressione tutto il contenuto dell'ascesso che si riduce a poco pus, solo o diluito nel liquido d'injezione del giorno precedente, oppure a poche gocce di un liquido citrico, appiccaticcio e filante; l'apparizione del quale è di buon augurio poichè indica che l'ascesso è piccolissimo, che non suppura più, e che sta per chiudersi: a questa regola generale vi sono rarissime eccezioni.

La ferita è sempre l'ultima a cicatrizzare e si deve aver cura di mantenerla aperta fino a che l'ascesso è chiuso; in allora la si ricopre con un pezzetto di cerotto, e si continua ancora per qualche giorno la compressione inguinale colla fasciatura a spica, coadjuvata o no da frizioni solventi nel caso che sia rimasto dell'indurimento adenico.

Se la ferita tende a chiudersi prima che il caso lo permetta, si può cauterizzarla col cilindretto d'azotato d'argento, e si può anche eseguire la medesima operazione sull'interno dell'ascesso, che ridottosi piccolissimo è talvolta restio alla guarigione.

Le soluzioni che ho impiegate fin qui con vantaggio sono le seguenti:

Sublimato corrosivo centigrammi 50.
Acqua di fonte distillata grammi 100.
M.

Azotato d'argento grammi 5.
Acqua di fonte distillata grammi 100.
M.

Percloruro di ferro liquido
Acqua di fonte, ana parti eguali.
M.
Oppure un terzo del primo e due terzi della seconda.

Tintura alcoolica di iodio grammi 30.
Ioduro potassico grammi 15.
Acqua di fonte distillata grammi 100.
M.

Ed in alcuni casi poche gocce di sola tintura alcoolica di iodio, o di percloruro di ferro liquido.

Di tutte queste soluzioni e di altre che si possono impiegare, è impossibile dire le precise indicazioni. Si possono adoperare alternativamente: le più deboli quando l'ascesso è in buone condizioni, e s'avanza verso la guarigione rapidamente; le altre nelle opposte circostanze. Basta il sapere che questi liquidi hanno un'azione cateretica ed irritativa, e devono quindi eccitare nelle pareti dell'ascesso un certo grado di lavorio flogistico onde ottenerne il coalito.

Questo che ho descritto, è il solito decorso che tiene il bubone non molto estesamente suppurato, per esempio capace di contenere uno, due cucchiaj da tavola di pus. In tali circostanze, ammesso che l'ascesso non sia ulceroso, la guarigione si può ottenere in media dai sette agli otto giorni.

Non solo a questi buboni si può applicare il metodo della puntura e della injezione, ma anche ad altri molto più vasti. Ho ottenuta la guarigione con questo processo anche in buboni che contenevano 8 o 10 cucchiaj di marcia e nello spazio di 15 a 20 giorni.

I casi nei quali la puntura è controindicata, sono quelli in cui la cute che ricopre il tumore è divenuta pavonazza, che è lì vicino per ulcerarsi perchè eccessivamente sottile e quasi priva di vita; poichè la cute si consuma immediatamente attorno alla ferita, lasciando una piaga con lembi irregolari e quasi mortificati che non fanno mai coalito col fondo dell'ascesso.

Ho osservato che anche quando la puntura e l'injezione non ottengono nel tempo voluto la guarigione, e che si verificano dei seni fistolosi, condizioni le quali richieggono la larga spaccatura ed anche se occorre l'esportazione dei lembi, la piaga risultante, per l'azione del liquido caustico, si presenta già di bell'aspetto, granula, e cicatrizza prestamente. Quindi, anche quando la puntura fallisce, ciò che fortunatamente succede di raro, mi pare che si ottiene già qualche cosa nel preparare al di sotto una piaga in buone condizioni e nell'aver diminuita la vastità dell'ascesso.

Nei buboni anche più o meno estesamente suppurati, nei quali però la cute periadenica sia in buona condizione, la puntura può essere unica; ma in tali casi, verso la parte più declive dell'a-

scesso. L'injezione potrà essere anche ripetuta nel giorno; la medicazione semplice, cioè il rinnovamento del filaticcio e lo svuotamento dell' ascesso, si dovrà sempre rinnovare nelle 24 ore. La compressione si fà sulla cute che copriva l'ascesso, lasciando libera l'escita della marcia.

Se l'ascesso ganglionare è virulento, si è avvisati il giorno dopo dalla praticata puntura, poichè i margini della ferita assumono l'aspetto ulceroso: in tal caso suppurando una sola ghiandola, l'ascesso ordinariamente è piccolo, e dalla ferita si può introdurre il cilindretto d'azotato d'argento, e ruotandolo nella cavità, cauterizzarla interamente; operazione che si può ripetere, o sostituire con soluzioni concentrate della medesima sostanza. Se l'ascesso virulento fosse vasto, è miglior partito l'incidere convenientemente la cute, cauterizzare generosamente e medicare a piatto.

I piccoli ascessi virulenti sono di più lenta guarigione, non incominciando essa che quando le loro pareti sono convertite in piaga semplice; ma ciò nullameno possono guarire anch'essi col metodo indicato, come n'ebbi parecchi esempj.

La puntura molteplice secondo il metodo di Vidal, in non molti casi nei quali la provai, trattandosi di buboni estesamente suppurati, non mi parve presentare vantaggio alcuno. Non si fà che vulnerare maggiormente un pezzo di cute, d'ordinario in non molto buone condizioni, e secondo me inutilmente, poichè il pus cola abbastanza bene per un'unica apertura (che se l'ascesso è ampio sarà bene fare di un centimetro), e per sovrappiù l'injezione non può esser contenuta come si dovrebbe perchè sfugge dagli altri fori.

È necessario che i malati durante il tempo di questa special cura dei buboni suppurati, osservino una conveniente dieta, il riposo assoluto del letto e la quiete dell'arto inferiore corrispondente all'inguine malato.

Questa terapia eseguita e non intempestivamente, è la migliore. È una medicazione facile, pochissimo dolorosa, che dà buonissimi e pronti risultati, e che ha il vantaggio di non lasciar cicatrici all'inguine che ricordino a chi le porta, e ad altrui, le conseguenze di un triste passato.

Ed ora a convalidare quanto ho esposto e ad incoraggiare coloro i quali per avventura non fossero troppo fiduciosi in questo metodo, od in prevenzione, o perchè in qualche caso non bene

corrispose, dirò come dalla statistica di 225 buboni inguinali suppurati osservati nel mio servizio e nella pratica privata, negli anni 1862, 1863, e nei primi mesi del 1864, risulta che 29 eransi già aperti spontaneamente, 31 furono incisi ampiamente, 38 trattati colla puntura che non corrispose nei primi 8 o 10 giorni, furono incisi, 127 guarirono colla puntura ed injezione.

Il Pizzorno, il quale ha il merito di aver adoperato pel primo quì da noi il metodo della puntura semplice colla injezione di soluzione allungata di sublimato corrosivo, assicura che sopra 500 buboni curati con tal metodo, non ne ebbe un solo andato a male. Bisogna dire che sia stato ben fortunato!

La media del tempo di guarigione per questi ultimi, fu dai 14 ai 18 giorni, maggiore per gli altri curati colla incisione.

Riepilogando: più presto si punge e si injetta il bubone suppurato, più presta e sicura è la guarigione; anche i buboni ampiamente suppurati, atteso che la cute che ricopre l'ascesso sia in abbastanza buone condizioni, possono guarire col metodo che ho descritto, come pure i piccoli ascessi adeniei virulenti; pei vasti ascessi colla cute in cattive condizioni o virulenti, conviene la spaccatura semplice o crociata, oppure anche l'escisione dei lembi.

Cura dei casi difficili. — Sfortunatamente i buboni non guariscono sì facilmente come parrebbe da quanto si disse sin qui, intendo di parlare dei casi più sfavorevoli e che sono anche in maggior numero.

I buboni ostinati si ponno dividero in due classi:

1. I buboni virulenti che assumono un processo fagedenico e segnano un decorso press'a poco come quello degli ulceri fagedenici sui genitali, e che possono varcare di molto la regione inguinale, formando così delle piaghe vaste ed aperte.

2. I buboni che si mantengono non per la presenza del virus ulceroidale come in quelli della prima classe, ma per qualche diatesi morbosa o per cachessia; si limitano per lo più all'inguine dove s'approfondiscono in varie direzioni sotto la superficie, senza cagionare ulcerazione estesa dell'integumento.

La cura dei buboni che appartengono alla prima classe, è la stessa di quella che si instituisce per gli ulceri fagedenici; veda

il lettore quanto s'è detto in proposito nel precedente capitolo. Qui ricorderò solo il danno che va unito all'uso del mercurio, o dato internamente od applicato alla piaga in forma di unguento od altro, e il vantaggio invece che s' ottiene colla buona dieta, l'aria buona, i tonici, specialmente il tartrato di ferro e di potassa e l'oppio per bocca; localmente poi giovano assai la nettezza, la cauterizzazione profonda coll'acido nitrico o colla pasta di Vienna, oppure il cauterio attuale, seguiti da lozioni e medicature convenienti.

I buboni che appartengono alla seconda classe si osservano in quelle persone che non si curarono mai dell'ingrossamento ghiandolare, oppure che hanno condizioni tali dell'organismo o tale trascuranza dei consigli del chirurgo, da renderne inefficace la cura, specialmente gli individui scrofolosi, indeboliti dall'intemperanza, dalla vita sregolata, da malattie antecedenti, dalla miseria o da altre simili cause.

A questa classe appartengono la maggior parte dei così detti buboni costituzionali, che si vedono nelle persone affette da lue sifilitica; strettamente parlando però questi buboni non si devono mettere fra i sintomi sifilitici, poichè la sifilide non agì che come qualunque altra influenza deprimente nel predisporre a una lenta forma di infiammazione e suppurazione. Gli esempj di questa forma sono frequenti; vi si presenta un paziente il quale evidentemente è affetto da sifilide costituzionale, forse arrivata al terzo stadio; le condizioni generali sono grame; si lamenta di dolori notturni e mostra una placca di rupia sul braccio ed un tumore grosso, ovale, duro e prominente ad uno o a tutti e due gli inguini, col diametro longitudinale corrispondente alla piegatura inguinale, la superficie sparsa qua e là di aperture fistolose e di punti molli e fluttuanti, premendo sui quali si fa uscire dalle aperture dei seni vicini una piccola quantità di fluido liquido siero-purulento. Il chirurgo a tutta prima inclina a giudicarlo uno di quei casi che fanno eccezione alla regola generale: che la sifilide non sussegua un bubone aperto; ma ricercando poi, trova che il tumore ghiandolare è di una data più antica della malattia costituzionale; che esso tenne dietro a un ulceroide o ad un eccesso di coito, e che manifestamente non ha alcuna diretta relazione coll'ulcero infettante originale. Non ebbe mai il lettore ad osservare una con-

dizione simile assai a codesta, nel cavo ascellare di qualche bugandajo miserabile, langûente, affaticato, nel quale non c'è alcun sospetto di sifilide?

Prima di aspettarsi alcun vantaggio dalla cura locale, bisogna togliere possibilmente la causa deprimente qualunque sia, e mettere l'organismo in una condizione migliore. In ogni caso si seguano i precetti dell'igiene, e si ricorra ad una alimentazione semplice ma nutriente ed ai tonici; e nei soggetti scrofolosi, l'iodio, l'ioduro di potassio e di ferro, e l'olio di fegato di merluzzo. Non dimenticate che la presenza di un bubone non vuol dire niente affatto che il paziente sia affetto da sifilide costituzionale; quest'ultima non la si deve ammettere se non dopo ricerche diligentissime e profonde. Tostochè si sia chiaramente stabilito questo fatto, si ricorra a' rimedj specifici. Se la malattia costituzionale è al terzo stadio, s'amministri l'ioduro di potassio che riescirà in tal caso il migliore dei tonici, il mercurio invece deve esser dato con gran cautela e combinato col chinino o col ferro, od anche si aspetta che le condizioni generali abbiano migliorato coi mezzi che indicammo. Ogni cura che possa accrescere ancor più la depressione generale dell'organismo, non sarà che di danno all'affezione locale.

Migliorando la salute del paziente, il bubone assume generalmente un aspetto migliore, e se non guarisce affatto, cederà almeno ai rimedj che prima eran riusciti impotenti. Quando i seni non sono nè troppo profondi nè troppo estesi, si spaccano e si riempiscono di filacce, oppure si toccano le parti col cilindro di nitrato d'argento. Quando non si può far così, io credo che non ci sia di meglio che injettarvi ogni due o tre giorni una tintura diluita di iodio, esercitando la compressione sul tumore colla spugna preparata e la fascia, o col cuscinetto di Ricord. Nei casi disperati Ricord ricorre alla distruzione dei ganglj malati mediante la pasta di Vienna, in questa maniera: — S'applica questo caustico per l'estensione di due terzi del tumore, in modo da distruggere la superficie cutanea; caduta l'escara, cui si giunge presto medicando con unguento basilicon od altri digestivi, si agisce sui ganglj strato per strato; aumentando di circospezione quanto più si guadagna in profondità e fermandoci entro limiti accessibili, o quando s'è vicini a punti vitali. Questo metodo in genere è assai rapido,

e i ganglj profondi si risolvono intanto che i superficiali vengono distrutti. [1] —

Aggiunta di A. Ricordi. — La cura del bubone scrofoloso, o strumoso, si divide in generale e locale. La terapia interna è quella che si impiega comunemente pel trattamento della costituzione scrofolosa. La cura locale è costituita dalle frizioni risolutive di unguento mercuriale, o solo o combinato coll'estratto di cicuta, la pomata di ioduro di potassio, di mercurio, o di piombo, coadjuvate da una continua e regolare compressione dell'inguine. Giovano anche le ripetute vescicazioni, medicate coll'unguento cinereo, o le replicate applicazioni di tintura alcoolica di iodio. Da queste medicazioni si ricava un risultato favorevole, principalmente quando il tumore adenico è costituito in gran parte da indurimento del tessuto connettivo perighiandolare.

Quando però i ganglj sono molto induriti e voluminosi, e che i mezzi suaccennati non portarono giovamento, la cauterizzazione è il miglior partito. È solo in simili casi che deve essere limitato l'uso dell'applicazione della pasta di Vienna per la guarigione del bubone, colla quale la si ottiene certamente e nel minor spazio di tempo. Si copre con uno strato denso di questo caustico la massima parte della convessità del tumore; e questo strato lo si circonda con listerella di cerotto, onde non abbia a diffondersi; lo si lascia agire per circa mezz'ora, poi vi si applica sopra un cataplasma anodino, che si ripete giornalmente fino a che l'escara è staccata. Allora nella piaga risultante si fà un'altra applicazione di caustico onde distruggere lo strato ghiandolare ipertrofico, e si favorisce ancora coll'empiastro il distacco di questa seconda escara. Caduta la quale se la sostanza ghiandolare non fosse bastantemente consumata, sarebbe di nuovo necessaria l'applicazione del caustico, od ancora la pasta di Vienna, oppure il cilindretto di potassa caustica, col quale si striscia su quelle ghiandole che protrudono dalla piaga. La cicatrizzazione si ottiene in poco tempo.

Se il bubone scrofoloso suppura ampiamente, se ne ottiene la ri-

[1] Note all'Hunter.

soluzione completa: se parzialmente o separatamente, resta sempre un residuo di indurimento che svanisce lentamente coi risolventi interni ed esterni.

Se il metodo della puntura in tali casi è indicato, l'injezione dovrà essere fatta a preferenza con soluzioni iodiche.

Cura dei buboni induriti. — I casi non complicati di buboni induriti non richiedono assolutamente nessuna cura locale. Quindi, allorchè un paziente, sanissimo d'altronde, con ulcero indurito e indurimento dei ganglj vicini sta ansioso pel timore d'un bubone suppurante, potete assicurarlo che non c'è alcun pericolo, salvo il caso di qualche imprudenza, di qualche eccesso per parte sua. Nella cura mercuriale indicata dall'infezione costituzionale già determinatasi, i ganglj induriti diminuiscono a poco a poco di volume e perdono il leggier grado di sensibilità dolorosa che c' era prima. Nei casi eccezionali di suppurazione, la cura è la medesima di quella dei buboni infiammatorj, quantunque in genere meno attiva.

Aggiunta di A. Ricordi. — Prima di abbandonare l'argomento sul bubone, desidero che si conoscano alcune opinioni emesse nei tempi andati riguardo al legame che esiste tra esso e lo sviluppo della sifilide generale e tanto più che recentemente l'illustre sifilografo italiano, lo Sperino, appoggiato anche alle idee del Virchow ha formulato in un modo quasi affatto originale, una nuova teoria unicistica che è importante il conoscere.

Nicola Massa, Thierry di Héry, Ambrogio Pareo, e dopo questi moltissimi altri, credettero che i buboni suppurati fossero delle specie di emuntorj i quali eliminando il virus, purificassero l'economia e preservassero così dalla sifilide generale. Notisi che in allora andavano confuse le due specie di ulceri. Queste opinioni e prima della teoria dualistica, ma in special modo dopo, furono quasi totalmente abbandonate. Se non che lo Sperino, in un suo pregevolissimo lavoro (letto nell'occasione di prolusione al corso clinico delle malattie veneree all'Università di Torino) in appoggio ad accurati studj sul sistema linfatico, si dichiara nuovamente partitante dell'unicità del virus sifilitico, e per ispiegare l'infezione in

certi casi e l'immunità in certi altri, porge molte considerazioni che io riporterò quì brevemente.

Il virus sifilitico originariamente è sempre unico; al solo sistema linfatico è devoluta la missione di renderlo infettante. Se il virus dell'ulcero primitivo perviene ai ganglj in piccola quantità e lentamente li distende, senza recarvi sofferenza, senza destare flogosi, senza lacerarli, ed in tal modo effettua il loro indurimento indolente, (bubone specifico indurito), in questi ganglj esso si elabora e passa quindi ad infettare l'organismo. Se poi questo medesimo virus viene assorbito in gran quantità dal sistema linfatico in modo da distenderlo soverchiamente, da produrvi flogosi, formasi il bubone virulento per il quale l'individuo è salvato dalla sifilide generale, ciò che succede pure se il virus è assorbito per mezzo del sistema venoso dal quale viene tantosto eliminato dall'organismo.

Una volta poi che il virus è fatalmente elaborato ed entrato nell'organismo, e' mantiene sempre le proprietà infettanti e si trasmette da un corpo all'altro, non mediante un ulcero ma col tramite della papula mucosa. In tal modo lo Sperino ammetterebbe l'esistenza di due virus, uno primitivo il quale può infettare o no secondo che è elaborato o meno dal sistema linfatico; un secondo costituzionale il quale, sebbene originato come il primo, sarebbe sempre infettante. La conclusione di quanto opina l'illustre sifilografo di Torino è, che non può darsi sifilide generale senza previo bubone indurito specifico: conclusione alla quale sono pure arrivati sotto un diverso punto di vista, i dualisti, essendo che per questi ultimi l'ulcero venereo non è capace di dar sifilide generale appunto perchè non produce indurimento specifico ghiandolare, proprietà della quale è solo capace l'ulcero sifilitico e secondo alcuni, compreso me pure, la papula mucosa primitiva. Per quanto io stimi ed onori l'illustre sifilografo italiano non posso a meno di soggiungere che questa sua teoria unicistica, nello stato attuale della scienza non può entrare nel di lei dominio come verità assoluta.

Lo Sperino, seguendo sempre la sua dottrina, deriva un concetto terapeutico, sulla cura preventiva della sifilide. Egli proscrive assolutamente la cura generale anche quando, per mezzo del bubone indurito, ha il criterio che il virus assorbitosi da un ulcero infetterà l'economia e nemmen quando questo bubone specifico segue la papula mucosa primitiva, e ciò perchè gli specifici non trovano

in essa economia, sì nell'un caso che nell'altro, preparato e diffuso il principio virulento da neutralizzare.

Per prevenire adunque la sifilide generale è necessario che lo specifico sia assorbito dagli stessi vasi linfatici che portarono il virus nei ganglj induriti, e che sono i soli mediante i quali questo specifico può venire in immediato contatto col virus e modificarlo in modo da renderlo innocuo. Da quì il precetto di spalmare le mucose o la cute sede delle lesioni primarie con consecutivo bubone specifico, con unguento mercuriale, oppure anche con quello di solfito di soda, onde farlo perfettamente scomparire, che se ciò avviene, la sifilide costituzionale non si svolgerà più. Per ottenere questo buon effetto però è necessario che la cura locale specifica sia cominciata al primo indurirsi dei ganglj, il quale se esiste già da 15 giorni, se l'infezione primitiva fu da papula mucosa, si previene ancora quasi sempre la sifilide generale; se invece da ulcero, questa cura non è più tanto sicura, ma ha però il vantaggio che sviluppandosi la sifilide generale, questa scompare in poco tempo e non si fa grave, atteso che sia continuata per molto tempo la cura specifica locale.

Tutti i pratici possono accettare questo metodo eccellente dello Sperino, anche senza condividere con quel sifilografo le idee unicistiche, perchè agendo specificamente sui ganglj nei quali fu trasportato il virus, si distrugge almeno questo fomite di infezione, dal quale anche dopo molto tempo può svolgersi, per ragioni ora alla scienza affatto ignote, il principio virulento sifilitico che ivi è rimasto latente: e questa pratica io già la seguiva da molto tempo, non però in tutti i casi e con tutte le norme che ora accenna lo Sperino.

Ma è solamente nel primo ordine di ganglj che corrispondono alla lesione sifilitica iniziale, che depositasi il virus? oppure da questo passa in altri più profondi ed inaccessibile ai nostri sensi? La sifilide congenita che manifestasi nei bambini i quali, nei primi mesi di vita, anzi talora nei primi anni godono buonissima salute e che in appresso, senza che il medico possa constatare sui loro corpi la menoma traccia di indurimento ghiandolare, sono presi da gravi sintomi di sifilide; di più, i casi che non infrequentemente si osservano, e che io ebbi recentemente ed in giornata sott'occhio di individui contagiati da sintomi primitivi di sifilide al pu-

dendo, tre, quattro, fino a 15 anni or sono, che godettero in questo frattempo ottima salute, che non presentavano la benchè minima traccia di indurimento ghiandolare od agli inguini od altrove, e che furono poi attaccati da fenomeni più o men gravi di sifilide; tutti questi casi non provano essi come sianvi anche nelle parti più profonde dell' economia animale, i fatali serbatoj dai quali dopo più o men tempo dipartesi il principio infettante?

E fino ad ora possiamo noi stabilire con certezza per quanto tempo il virus rimarrà nell' ordine gangliare corrispondente alla lesione iniziale? oppure se dai primi ganglj passa in breve spazio in altri organi ghiandolari profondi, in modo che anche distrutti in qualche modo i primi, l'individuo possa ancora essere attaccato da fenomeni di sifilide?

E parlando della terapia mercuriale locale che usa l'illustre Sperino, non potressimo noi credere che le continuate frizioni mercuriali sopra una mucosa od una cute, oltre a distruggere il ganglio abbia anche una influenza generale sulla economia, e che corrisponda perfettamente colla cura mercuriale interna che moltissimi sifilografi istituiscono, avuto riguardo alla presenza della lesione primitiva di sifilide?; e che in questo modo da tal cura locale prolungata si ottengano quei buoni effetti dei quali si loda lo Sperino?

Questi punti di questione spettanti alla patologia generale, hanno una grande importanza e meritano tutta l' attenzione del pratico, ed io mi associo volentieri all'illustre sifilografo torinese nello sperare che i fisiologi ed i patologi vogliano meglio studiare le norme che reggono l'azione del sistema linfatico.

Aggiunta di A. Ricordi. (1) — La diagnosi dei buboni risguarda non solo i sintomi che differenziano tra di loro questi accidenti ma bensì anche quelli che li distinguono da altre malattie che possono simularli. I buboni non presentano sempre caratteri talmente distinti da poterne diagnosticare tosto la natura; se non rimontasi alla causa che li produsse, talvolta è facile il confonderli tra di

(1) *Questa aggiunta doveva essere collocata prima dell' Articolo*: Cura *a pagina* 143.

loro. Il bubone primitivo è raro, e non lo si riconosce che indagando la causa che lo produsse: il non riscontrare su quelle parti del corpo i di cui linfatici metton capo alle ghiandole, sede della malattia, la presenza di una lesione venerea o sifilitica, o le tracce di pregresse, l'assoluta assenza di affezione blennorragica genito-orinaria; d'altra parte le informazioni che può dare il malato, di aver abusato del coito, della manusturbazione ecc., la sindrome e l'esito quasi mai suppurativo, sono i dati pei quali si può contraddistinguere il bubone primitivo.

Il bubone sintomatico semplice succede di raro alle affezioni blennorragiche, alle vegetazioni, a lesioni semplici di continuità, ecc., frequentemente invece all'ulcero il quale in questo caso figura come irritante e non come specifico. Il suo decorso può essere lento od acuto; l'andamento cronico lo distingue assai bene dal bubone virulento; l'acuto è comune ad ambedue, e non esiste alcun dato diagnostico per differenziare tra di loro queste due adeniti, fino a quando o la natura o l'arte hanno dato esito alla raccolta purulenta. In allora la piaga risultante, o si inocula spontaneamente ed assume l'aspetto dell'ulcero, oppure per opera del medico il quale può artificialmente innestare il pus tratto dal bubone su altre parti del corpo ed ottenerne un effetto positivo; ovvero mantiene un'aspetto di piaga semplice, ed il pus non dà un'ulcero se inoculato altrove. Un bubone aperto spontaneamente o chirurgicamente può simulare un aspetto benigno per più giorni e poi, per suppurazione della ghiandola alla quale fanno capo i linfatici che derivano dall'ulcero, può tramutarsi in virulento: e perciò un sicuro diagnostico dell'indole del bubone non potrà esser fatto che dopo alquanti giorni dalla sua apertura. Ordinariamente però l'inoculazione della piaga avviene entro le 24 ore dell'apertura dell'ascesso.

Quando il pus di un bubone dà all'inoculazione un effetto positivo, si è certo della esistenza di un ulcero venereo od al periodo di virulenza o di riparazione; che se non si offre addirittura ai nostri sensi, è necessario di ricercarlo con tutta accuratezza poichè l'indagine non va mai fallita, oppure credere alla di lui esistenza negli atrj inaccessibili fino ad ora ai nostri sensi: uretra, vescica, ecc.

Gli ingorghi indolenti d'indole semplice occupano talvolta molti ganglj isolatamente, hanno un decorso lento, non suppurano e po-

trebbero essere confusi coll'indurimento gangliare sifilitico; la durezza specifica di quest'ultimo, l'esistenza passata e la presenza di fenomeni iniziali d'infezione, non permettono questo errore di diagnosi, specialmente poi quando sonosi manifestati altri sintomi di sifilide. Nella maggioranza dei casi il bubone sifilitico indurito occupa varj ganglj che rimagono isolati uno dall'altro, oppure sono in parte cementati; non infrequentemente però tutto il bubone è costituito da una sola, due o tre ghiandole le quali poi in tal caso d'ordinario si ingrossano singolarmente, e molto più che quando il bubone ne occupa molte. Le ghiandole indurite sono scorrevoli sotto le dita, non dolorose o ben poco.

Questo bubone non suppura che in casi rarissimi; il qual esito avvenuto e distruttasi una piccola parte di tumore, ne resta la maggiore coi caratteri specifici. La suppurazione avviene per cause estrinseche all'indole del bubone, per le comuni; il pus che ne esce non è inoculabile al malato.

Eccetto il bubone indurito e l'ulceroso, tutti gli altri non hanno in loro caratteri speciali, pe' quali il medico possa giurare sulla natura sifilitica o venerea o meno di essi. Sebbene gli accidenti venerei e sifilitici nella pluralità dei casi sieno la causa dei buboni, pure noi sappiamo come essi possano manifestarsi per moltissime altre, come la scrofola, il reumatismo, il tifo, violenze dirette, malattie locali semplici, la diatesi cancerosa, ecc.: e non sempre la magistratura o la società può esigere dall'arte nostra una risposta positiva sulla natura del bubone.

Il bubone sviluppatosi unicamente per la scrofola può andar confuso col venereo; non tanto la sua forma e sintomatologia, ma piuttosto l'ubicazione e la sicura mancanza di sintomi venerei, ce lo può far conoscere, poichè l'adenite strumosa è pretestata moltissime volte da essi. Così se un piccolo ulcero follicolare in individuo scrofoloso, oppure una uretrite, sviluppano l'adenite strumosa all'inguine, se tanto il primo quanto la seconda in pochi giorni guariscono senza traccia come accade ordinariamente, e se il medico è chiamato a giudicare sulla natura di quel tumore, (ammesso che l'ammalato neghi la preesistenza de' fenomeni della venere), come portare un coscenzioso e certo giudizio? Se il tumore risiedesse invece alla regione cervicale si può con quasi certezza asserire essere prodotto dalla semplice diatesi scrofolosa,

Qualora si possa esser certi della fede del malato la diagnosi è molto più facile.

Il bubone può anche andar confuso coll'adenite specifica del cancro, specialmente del pene, il quale anch'esso alla sua volta, venga preso per una ulcerazione sifilitica o venerea; ed è necessaria la conoscenza della storia della malattia onde non cadere in errore.

Il bubone dell'inguine può, e sfortunatamente venne scambiato con altre malattie che affettano questa regione, e l'errore è più facile allorquando esistono ai genitali lesioni tali, alle quali si possa riferire la causa del tumore inguinale supposto per adenico, ulceri, scolo, vegetazioni, ecc. ecc.; oppure quando coesiste realmente il bubone, per la qual cosa sarà necessario usare di una osservazione scrupolosa onde discernere la sede e l'indole della malattia.

Altre affezioni inguinali che possono simulare un bubone suppurato o no, si riducono alle seguenti: il testicolo sano od ammalato trattenuto nel canale inguinale, l'ascesso iliaco, l'ernia inguinale, la crurale, e la triquetra; il Lallemand raccontava egli stesso di avere aperta un'ernia per un bubone; poi, l'aneurisma della parte superiore delle arterie crurali; questo errore di diagnosi fu preso una volta dal Pelletan il quale (come racconta il Galligo nel suo eccellente trattato sulle malattie veneree) ordinava al suo discepolo Dupuytren, allora suo scolaro, il quale non condivideva sul caso il parere del maestro, di aprire sulla di lui autorità un tumore inguinale preso per un bubone, e che l'incisione rese chiaro invece trattarsi di un aneurisma: da ultimo l'idrocele encistico del cordone spermatico, il lipoma e l'ascesso formatosi in grembo al tessuto connettivo laterale alla vescica, il qual caso mi occorreva recentemente osservare.

Trattavasi di un militare il quale aveva una uretrite cronica con pochissimo scolo, ed un piccolo ulcero follicolare alla corona del glande, il quale causò un bubone inguinale destro che per l'abito pastaceo dell'individuo assunse l'aspetto di un bubone venereo-scrofoloso. La suppurazione era limitata ma manifesta in due punti, e scomparve mediante l'applicazione di collodio; in questo frattempo fu preso da imponenti sintomi di cistite che cessarono dietro congrua terapia in non molti giorni; quando, volendo io constatare se realmente tutto il pus contenuto nei piccoli ascessi era scomparso, (ciò che verificai; vedi l'aggiunta a pag. 148) praticai

due piccole punture al luogo ove prima esisteva la raccolta purulenta.

Il giorno appresso, nel mentre che suscitavasi un nuovo processo flogistico al bubone per queste punture e tale da provocare una nuova ed abbondante suppurazione, erasi manifestato, appena al dissotto della branca orizzontale del pube a destra, alla piega inguinale, e quasi nell'area stessa del bubone, un tumoretto leggiermente fluttuante che apersi col coltello il giorno dopo credendolo un separato focolajo marcioso del bubone. Escì una gran quantità di pus flemmonoso, la quale mi fece accorto non trattarsi di quello ch'io credea, ed infatti la sonda innoltravasi nella ferita per il tratto di quasi 8 centimetri, scorrendo al di sotto del muscolo pettineo e passando nel ventre pel foro otturatorio. Era un ascesso formatosi in grembo al connettivo laterale della vescica, e dipendente senza dubbio da irradiazione dell'acuta cistite blennorragica. Questo fatto sarebbe egualmente accaduto senza che il malato avesse riportato l'ulcero od il bubone, ed in tal caso il tumore fluttuante poteva essere preso per un'adenite suppurata; fortunatamente che l'incisione era del caso, sì nell'una circostanza che nell'altra.

Della diagnosi differenziale tra tutte queste malattie che possono andar confuse col bubone, ed il bubone stesso, non stimo necessario tenerne parola, perchè mi sembra che la sola prevenzione della possibile esistenza di queste cause di errore basti da sè per evitarli.

CAPITOLO IV.

SIFILIDE GENERALE.

La prima manifestazione dell'infezione costituzionale, è l'ulcero indurito situato laddove il virus entrò nell'organismo e il bubone indurito nelle immediate vicinanze. Questi due fenomeni costituiscono, strettamente parlando, la sifilide primaria.[1] Segue poscia un periodo di tempo durante il quale il virus non dà alcun indizio della sua presenza; ma subito dopo questo periodo di latenza, il veleno riprende la sua attività e dà luogo a diversi sintomi, la sede dei quali non ha relazione costante colla sede della lesione primaria, e che possono occupare lontani punti del corpo. Sono quindi detti sintomi *generali* o *costituzionali*; sarebbe preferibile il primo aggettivo. L'espressione *consecutivi* adoperata da Vidal e da qualche altro autore, fu da Ricord applicata a un'altra classe di sintomi; e per evitare confusione, la si dovrebbe abbandonare quale sinonimo di sifilide generale.

La Sifilide generale sussegue sempre un ulcero. — In quasi tutti i casi di sifilide acquisita (esclusi i casi di origine erenitaria), i sintomi generali procedono chiaramente da un ulcero pregresso. Così di 826 pazienti con sifilide costituzionale che furono curati all'Hôpital du Midi nel 1856, si potè stabilire la pregressa esistenza di un ulcero in 815 e indubitatamente o coll'esame o per spontanea confessione, in 9 ci furono forti ragioni per sospettarlo; negli altri 2 la sifilide dipendeva evidentemente da lue costituzionale. Nei 267 casi di sifilide secondaria osservati da Fourmier, [2] si verificò lo stesso fatto in 265. In 198 casi di

[1] Vedi a pag. 36.

[2] Op. cit., p. 103.

eritema sifilitico curati da Bassereau,[1] si osservò in 170 o l'ulcero o indubbie tracce di ulcero; 19 pazienti confessarono il fatto quantunque non se ne vedesse alcuna traccia sulla persona loro; 5 dichiararono d'aver avuta gonorrea; 5 dichiararono di non aver avuto alcun sintomo precedente. Troviamo quindi che su un totale di 129 casi, in tutti tranne 22, la sifilide generale fu indubbiamente preceduta da un ulcero.

Queste statistiche concordano coll'esperienza di tutti i medici, che per regola quasi invariabile, la sifilide costituzionale ha origine evidentemente da una lesione primaria; e il piccol numero di casi nei quali non si può stabilire con certezza l'antecedente esistenza di un ulcero, induce a credere che probabilmente non ci siano eccezioni a questa legge, specialmente considerando queste proposizioni:

Gli ulceri possono cicatrizzare spontaneamente, e col tempo può scomparire qualunque traccia di essi, anche senza cura.

Gli ulceri possono aver sede in punti insoliti, dove facilmente passano inavvertiti, dov'è quasi impossibile scoprirli; a cagion d'esempio l'interno dell'uretra, della vagina, del collo dell'utero, la cavità della bocca e quella dell'ano.[2]

I casi eccezionali riposano sempre sulla testimonianza dei soli pazienti; e sono più frequenti quanto più tardi si presentò la lesione costituzionale nell'ordine di successione dei sintomi sifilitici, o in altre parole, quanto maggiore è il tempo che deve esser trascorso dal momento del contagio. Per esempio, son rari i casi di un paziente con eritema sifilitico che non confessi d'aver avuto un ulcero; al contrario, non sono rari quando il sintomo costituzionale sia rupia sifilitica, tubercoli, orchite, o periostite. Pare quindi che gli errori di memoria dei pazienti potrebbero spiegare alcune apparenti eccezioni alla regola.

I pazienti nascondono spesso i fatti o li svisano anche, per cento ragioni.

Non ostante una memoria perfetta e un'onestà a tutta prova i pazienti sono giudici incompetenti in argomenti che comprendano cognizioni mediche, ch'essi non hanno.

[1] De la contagion Syphilitique, Paris, 1860, p. 15.

[2] Vedi pag. 39 e il caso a pag. 134.

L'ulcero superficiale — la forma che più di frequente precede la sifilide costituzionale — è una piaga così indolente ed insignificante, ch'essa può passare inosservata con tutta facilità, od esser presa in sbaglio per una semplice abrasione. Mi occorsero diversi casi di pazienti che avevano addosso questa forma di ulcero e in piena vista, ma o l'ignoravano o lo credevano di nessuna conseguenza.

I pazienti non avvertono qualche volta l'ulcero quando non è situato sugli organi genitali, sede esclusiva degli ulceri primarj nel giudizio del pubblico, o non lo ponno scoprire perchè è nascosto nella vagina, o sotto il prepuzio quando c'è fimosi, o quando il glande non è mai scoperto. Tre individui maritati ricorsero a me per ulceri infettanti; dentro quattro mesi si erano manifestati nelle loro mogli i sintomi iniziali della sifilide costituzionale, senza essersi accorte o aver sospettata la presenza di un ulcero che c'era sicuramente, ma che non potei cercare per non compromettere i mariti. In altri casi dove potei instituire l'esame locale, trovai nella vagina degli ulceri che le pazienti ignoravano affatto.

Così pure non sono infrequenti gli ulceri nell'uretra al di là del punto dove s'arriva colla visione (vedi la tavola a pag. 39); non si può pretendere che un po' di scolo, il dolore nell'orinare, l'indurimento, i quali ne sono i soli sintomi, abbiano da avvertire chiunque non dell'arte che colà c'è un ulcero, tanto più se in pari tempo c'è anche una blennorragia.

Ripeto quindi che, considerando la gran proporzione dei casi nei quali i sintomi generali si sa che furono preceduti da un ulcero, considerando quante siano le fonti d'errore della testimonianza di quei pazienti che ci presentano i casi apparentemente eccezionali, diventa probabilissimo che una legge conosciuta generale sia in fatto invariabile, e che la sifilide generale segua sempre un ulcero.

Aggiungerò che l'ammettere questa verità non urta colla comunicabilità dei sintomi secondarj; anzi le è in favore purchè sia provato coll'esperienza che questi sintomi diano origine a un ulcero per contagio: ma di questo parleremo più innanzi.

PERIODO D'INCUBAZIONE. — Il vajuolo, l'ipertosse, il morbillo, la scarlattina, il vajolo vaccino ed altre malattie contagiose, tutte

hanno un periodo di incubazione che precede l'esordire dei sintomi generali, e confinato fra certi e definiti limiti; in modo che, se dopo essersi esposti ad una di codeste malattie, trascorre il periodo di latenza e si è ancora in perfetta salute, si può dire di esser fuori di pericolo.

È or probabile che la sifilide sia un'eccezione a questa legge? Può esser vero che, al contrario di tutte le altre malattie contagiose, il periodo d'incubazione della sifilide sia affatto incerto e indefinito? Non lo ponno credere che coloro i quali rifiutano di osservare la natura non sorpresa dall'arte, o che s'affidano ai dati di persone non dell'arte e non alla diretta osservazione. Se non fosse per le molte prove in contrario che si possono trovare in molti trattati sulle malattie veneree, nessuno sospetterebbe la necessità dell'osservazione che, la storia naturale della sifilide non la si può imparare che nei casi non influenzati dalla cura. Si dà il mercurio precisamente allo scopo di prevenire od almeno di ritardare i sintomi generali; se pure ha quest'effetto, vizia però i casi nei quali si vorrebbe osservare il naturale andamento della malattia. Abbandonata a sè stessa, la sifilide ha un vero e pressochè definito periodo di incubazione come qualunque altra malattia contagiosa; l'opinione contraria non nacque che dalle cause or dette.

Nel determinare la durata di questo periodo, dobbiamo partire o dalla data del coito infettante, o da quella della comparsa dell'ulcero. Or vedremo che alcuni autori s'attengono ad uno di questi punti di partenza, altri all'altro. È forse preferibile il secondo, perchè il chirurgo lo può verificare assai più facilmente del primo. È affatto da rigettarsi la norma di tenere per punto di partenza la data della cicatrizzazione dell'ulcero, soggetta a molte estranee influenze, e che spesso ha luogo dopo l'erompere dei sintomi generali.

Onde aver dei risultati cui potersi affidare, è altresì necessario di determinare colla massima possibile accuratezza tanto il finire che l'incominciare di questo periodo; al che si può difficilmente arrivare, se il paziente non è sotto l'osservazione di persona che conosca i primi segni di sifilide generale, e che sappia dove e come ricercarli; poichè son essi sovente così oscuri da non fermare l'attenzione del solo paziente. L'eritema sifilitico per esempio, che è uno dei primi sintomi secondarj, non è generalmente accom-

pagnato da prurito, spesso è limitato all'addome o fors'anche al sito di flessione delle giunture, onde il paziente non se n'accorge se non lo avvisa il chirurgo. La cefalea e il malessere generale, l'ingorgo cervicale, l'alopecia, l'*acne capitis* che si manifestano assai presto, pur essi ponno passare inosservate in persone non dell'arte. Considerando queste fonti di errore, non si può dire che sia ingiusto il rigettare quei casi che sono appoggiati alla sola testimonianza dei pazienti, quando urtano coi risultati dell'osservazione diretta, adottando quest'ultima come la sola che meriti confidenza.

Le condizioni quindi che si richiedono in ogni caso oppure in ogni serie di casi che s'offrano per determinare il naturale periodo d'incubazione della sifilide, sono le seguenti: —

1. Che sia nota la data del coito infettante o quella della comparsa dell'ulcero.

2. Che i pazienti non abbiano fatta alcuna cura.

3. Che siano stati sotto l'osservazione di persona competente a riconoscere i primissimi segni di sifilide generale.

Adempite queste condizioni, l'analogia con altre malattie contagiose induce a pensare che, quantunque il periodo di incubazione della sifilide possa variare in persone di diversa costituzione o in quelle esposte a influenze igieniche o climateriche differenti, tuttavia possa essere definito con molta accuratezza, e che gli estremi di variazione non siano molto scostati. Ora vediamo fin dove si può giungere.

La prima testimonianza ch'io metterò innanzi è quella di Diday [1] il quale potè adempire a ciascuna di queste condizioni or dette in cinquantadue casi. I pazienti furono osservati tosto dopo lo sviluppo dell'ulcero; si potè accertare che datava da pochi giorni, e da questo punto si incominciò a calcolare il periodo d'incubazione. Diday non dà mai mercurio per la sifilide primaria, ma quando l'ulcero è indurito, dà al paziente uno scritto nel quale indica quando si manifesteranno i sintomi costituzionali, la loro sede probabile, l'aspetto che presenteranno e la necessità ch'egli ritorni allora per la cura. Così in nessuno di questi cinquantadue casi fu

[1] Nouvelles Doctrines sur la Syphilis, p. 265.

turbato il corso naturale della malattia, e in tutti il chirurgo potè osservare i primi indizj dell'invasione della sifilide generale, per lo più: cefalea accompagnata da malessere generale, ingorgo dei ganglj occipitali, acne capitis, oppure un'eruzione sull'addome e sulle braccia.

Il tempo che corse tra le due date specificate, cioè quella della comparsa dell'ulcero e quella dei primi sintomi generali fu il seguente: —

NUMERO DEI CASI	TEMPO TRASCORSO	NUMERO DEI CASI	TEMPO TRASCORSO
1	25	2	46
1	28	4	47
1	33	4	48
2	35	3	50
3	36	1	52
1	37	1•	54
4	38	2	56
1	39	1	57
1	40	2	58
1	41	1	60
1	42	1	63
1	44	1	70
10	45	1	105

Totale 52

Si vede da questa tavola che il periodo più breve di incubazione fu di 25 giorni, il più lungo di 105 giorni, e che l'ultimo fu di 35 giorni più lungo di quello che lo precede immediatamente. Gli estremi limiti di variazione non sono quindi gran che separati (no certamente paragonandoli alla variazione da qualche settimana a trenta giorni come la danno alcuni autori); troviamo altresì che in una gran proporzione di casi, i periodi di incubazione terminarono entro i due mesi; in 38 casi per esempio, circa i quattro quinti dei 52, questo periodo oscillò fra i 35 e i 50 giorni. Prendendo la media generale, si ha il numero di 46 giorni.

Victor de Méric, Esq., chirurgo al Royal Free Hospital di Londra, arrivò a un pressochè eguale risultato coll' osservazione di nove casi nei quali non si fece alcuna cura. In tre casi di papule l'eruzione comparve, in uno sette settimane dopo il sintomo primario, nel secondo dopo sei settimane, nel terzo dopo otto. Due casi di roseola od efflorescenza comparvero, uno ventiquattro giorni dopo l'ulcero, e l'altro un mese dopo. La psoriasi si manifestò in due

soggetti alla distanza di quattro ad otto settimane. Cosicchè da questi casi possiamo dedurre una media di sei settimane.[1]

Bassereau potè accertare approssimativamente l'intervallo fra il coito infettante e l'erompere dell' eritema sifilitico (una delle primissime manifestazioni di sifilide generale) in 107 casi nei quali non si fece alcuna cura, e ne diede i risultati nella seguente tavola:[2] —

L'eritema	comparve	nello spazio di	20 a 30	giorni	in 14	casi
»	»	»	30 a 60	»	66	»
»	»	»	60 a 90	»	23	»
»	»	»	90 a 120	»	3	»
»	»	nel decorso del quinto mese			in 1	caso
					Totale 107.	

Bassereau aggiunse che quest'ultimo termine di cinque mesi è un caso assai raro ed eccezionale. Bisogna altresì osservare che di queste statistiche dobbiamo fidarci meno che di quelle di Diday; poichè molti pazienti del Bassereau non furono veduti che qualche tempo dopo la comparsa dell'eritema, e le storie loro non si fondarono che sui dati offerti da essi medesimi.

Fournier[3] da un esame di 307 casi conchiude che l'eritema sifilitico appare frequentemente quando non ci sia cura preventiva, tra il quarantesimo e il cinquantesimo giorno; e MacCarthy[4] dice che la media è di circa sette settimane.

Io pure soglio dare mercurio nei casi di ulcero indurito, onde non posso riportare che quattro casi di pazienti che vennero da me, senza aver fatta alcuna cura dal principio dell'ulcero primario fino al comparire dei sintomi secondarj. In questi esempj però che io tolgo brevemente dalle mie annotazioni, ci furono varie ragioni che mi indussero a diferire la cura fino all' esordire della sifilide generale.

[1] Lettsomian Lectures, 1858, p. 31.
[2] Op. cit. p. 176.
[3] Note alle Leçons sur le Chancre del Ricord.
[4] Tesi di Parigi, 1844.

1. Ulcero comparso il 26 novembre 1856, seguito da malessere generale, cefalea, dolori articolari, e papule a placche sulla fronte il 29 gennajo 1857. Periodo di latenza: 64 giorni.

2. Ulcero comparso il 2 aprile 1857; roseola sifilitica al 12 maggio. Intervallo: 40 giorni.

3. Ulcero veduto per la prima volta il primo gennajo 1859; placche numerose allo scroto ed alla superficie interna della guancia, acne capitis, ingorgo post-cervicale al 15 febbrajo. Intervallo: 45 giorni.

4. Ulcero sviluppatosi il 2 febbrajo 1859; roseola sifilitica comparsa il 13 marzo. Intervallo: 40 giorni.

M'occorsero anche molti esempj di pazienti che non fecero alcuna cura, e che vennero da me coi primi sintomi di sifilide generale senza che mi sapessero dire il tempo preciso della comparsa dell'ulcero, ma che però mi assicuravano non al di là di tre mesi.

Ricord mette fuori questa legge, risultata dalla sua vasta esperienza, che — quando non s'è fatta alcuna cura specifica per un ulcero infettante e si abbandoni la malattia a sè stessa, non trascorrono mai sei mesi senza che si manifestino sintomi generali; — ed aggiunge che — nella maggior parte dei casi sopraggiungono dalla quarta alla sesta settimana, spesso nel secondo o terzo mese, assai di rado al quinto o al sesto mese. — Puche verificò il medesimo fatto in mille casi, senza incontrare una sola eccezione.[1] —

Il Prof. Sigmund di Vienna per determinare la durata dell'incubazione della sifilide generale, esaminò le note di 1473 casi occorsi nella sua pratica e da questi ne scelse 293, specialmente sicuri perchè il coito non fu esercitato che una sola volta o solo dopo molto tempo, e perchè la piaga primaria non fu curata specificamente. Nessuno di questi 293 casi mancò di presentare sin-

[1] Ricord, Lettres sur la Syphilis.

tomi generali entro i tre mesi. L'ulcero ebbe indurimento (tenuto da Sigmund fra i sintomi generali) in 261; in tutti furono affetti le ghiandole inguinali, in 248 le fauci; 204 ebbero macchie sulla pelle; 134 presentarono papule, pustule e condilomi, o soli o combinati. Sigmund fa però osservare che i primi sintomi di sifilide generale possono certe volte essere così oscuri o così poco distinti, da non poter essere scoperti o riconosciuti da chi non è dell'arte. È solo in simili casi egli dice, che la tendenza delle manifestazioni secondarie e terziarie potè dare qualche sembiante diverso all'asserzione che il periodo di incubazione della sifilide può essere indefinito. Sigmund pone la regola che quando un ulcero guarisce senza indurimento, e quando senza alcuna cura specifica non si manifestano sintomi secondarj nei primi tre mesi, il paziente non ha nulla a temere. [1]

Cazenave è il solo nome di qualche importanza, le cui osservazioni statistiche sembrerebbero opporsi al mio assunto. Questo distinto medico dell'ospedale Saint Louis, fondando l'opinione sua su 7 casi solamente, calcola a circa due anni la media dell'intervallo fra il contagio e lo sviluppo dell' eritema sifilitico. Dice che in un esempio fu di dieci anni, ma che pure si poteva dubitare dell'indole sifilitica della malattia perchè il paziente guarì con qualche bagno a vapore semplice, e qualche altro d'acqua d'orzo; mettendo da parte questo caso, la media diventerebbe assai minore. Inoltre considerando che Cazenave è in un ospedale per le malattie della pelle, dove i pazienti si vedono molto tempo dopo il contagio, dove quindi non si possono evitare le fonti di errore che già indicai, si viene a diminuire di molto il valore delle sue osservazioni, che non si possono paragonare nè per numero nè per importanza a quelle degli osservatori che ho citati. Bassereau [2] interno all'ospedale dei Venerei e al Saint Louis, dice che l'eritema sifilitico era assai comune nel primo, ma che non ne osservò che un solo caso nel suo anno di residenza al Saint Louis; ed aggiunge che questa affezione non è tampoco menzionata nell'opera sulle eruzioni sifilitiche di Martins e Legendre, i quali raccolsero i loro

[1] Wien Wochenschrift, num. 18, 1857.
[2] Op. cit. p. 48.

casi al Saint Louis dov'essi erano interni come lui. Onde questa opposizione alla testimonianza di Cazenave non è senza fondamento.

Vidal [1] evita di esprimere l'opinione sua su questo argomento, ma pare che approvi l'opinione di Cazenave; ed aggiunge: — M. Legendre, un des élèves les plus distingués de l'Hôpital Saint Louis, auteur d'une thèse remarquable sur les syphilides, dit en propres termes: J'ai obtenu pour moyenne générale de l'intervalle de temps qui sépare les symptômes primitifs des syphilides (accidents secondaires) cinq ans, résultat absolument semblable à celui que M. Martins avait déjà consigné dans son mémoire. — Sfortunatamente pel valore di codesta testimonianza, la sola che il Vidal citi per intero, c'è il fatto che Legendre scrisse poi una lettera a Diday [2] nella quale dice che le parole tra parentesi (accidents secondaires) vi furono interpolate; che per tal modo si svisò il suo intendimento e gli si fa sostenere una dottrina insostenibile (pour bâtir un point de doctrine insoutenable): che le sue statistiche comprendono le eruzioni sifilitiche secondarie ed anche le terziarie, e ch'egli non intendette mai di dire che i suoi pazienti, in media, passassero cinque anni senza avere roseola sifilitica, la quale spesso sfugge inosservata, ma che è nondimeno una prova evidente dell'esistenza del primo stadio di infezione generale dell'organismo. Non mi sarei fermato a schiarire questo errore se non lo avessi veduto riprodotto nell'edizione americana del Trattato di Vidal sulle malattie veneree, e copiato in un'opera recente sulla blennorragia e sulla sifilide (on Gonnorrhœa and Syphilis); in ambedue le quali opere il lettore può facilmente venir tratto in errore perchè si scambiarono le parole *syphilides* e *accidents secondaires* e si mise tra parentesi la prima invece delle seconde.

Mi son fermato a lungo su questo argomento, non solo a motivo dell'interesse scientifico, ma perchè è di molta importanza pratica pel paziente e pel medico, e perchè ho voluto che non restasse alcun dubbio intorno alla corretta soluzione del quesito. Se fosse vero che il periodo di incubazione della sifilide è totalmente incerto e

[1] Traité des Maladies Vénériennes, p. 261.
[2] Nouvelles Doctrines sur la Syphilis, p. 270.

indefinito, lo sfortunato che si prende un ulcero di dubbia natura, non sarà mai sicuro per tutta la vita, avrà il dubbio atroce che la sua posterità abbia ad esser afflitta da codesta triste eredità; ma se invece com'io credo, questo periodo ha una durata fissata e definita, il lasso di pochi mesi senza alcun indizio di malattia, assicureranno tranquillamente il paziente ch'egli non ha più nulla a temere. Le conclusioni cui siamo arrivati, danno al chirurgo un valido argomento per differire la cura generale in tutti gli ulceri di dubbio carattere, tenendo in osservazione il paziente fino al comparire dei sintomi secondarj, oppure fino a che sia trascorso il periodo di latenza.

Riassumendo possiamo esporre questa legge che: —

Un ulcero non assoggettato alla cura (così detta) *specifica, sarà generalmente susseguito* (*caso mai lo debba essere*) *dai sintomi secondarj entro tre mesi, sempre entro sei mesi.*

Come corollario di questa proposizione o di quella esposta a pagina 170.

I primi sintomi di sifilide generale (tranne i casi di origine ereditaria e di trasmissione mediante la circolazione fetale) *sono stati preceduti da un ulcero, probabilmente tre mesi prima, certamente non al di là di sei mesi.*

Aggiungerò che un'alta temperatura affretta la sifilide generale, come pure quelle altre cause che tendono a indebolire l'organismo, la fatica in eccesso o prolungata, la vita dissipata; e che al contrario è ritardata dalle influenze opposte, come pure dal sopraggiungere di una malattia acuta, per esempio una febbre continua, l'infiammazione dei polmoni, e simili. Sembra anche manifestarsi più presto nelle donne, nelle quali le placche mucose si sviluppano assai rapidamente, certe volte tre settimane dopo il contagio.

CLASSIFICAZIONE DEI SINTOMI GENERALI. — La classificazione dei sintomi costituzionali stabilita da Ricord in *secondarj* e *terziarj* che è generalmente adottata al giorno d'oggi, è fondata sulla divisione che fece Hunter dei tessuti affetti da sifilide in *parti prime per ordine e parti seconde per ordine* (parts first in order, and parts second in order). Ambidue questi sistemi sono basati sulla naturale conformità alle leggi più o meno fisse che regolano

la malattia come la salute, e sull'anatomica struttura delle parti affette. Altra importante distinzione additata da Ricord tra le due divisioni di questa classificazione, è la differenza nell'effetto dei rimedj; i sintomi secondarj sono più suscettibili al mercurio, i sintomi terziarj cedono meglio all'iodio e suoi composti.

Sarà meglio lo esporre la classificazione di Ricord colle sue stesse parole:

— I sintomi secondarj sono la conseguenza dell'assorbimento del virus, e sono transmissibili per eredità senz'essere inoculabili. I sintomi terziarj sono non solo non inoculabili ma non si trasmettono per eredità nel loro tipo speciale, quantunque a motivo di una certa qual sorta di degenerazione o di modificazione del virus sifilitico, siano essi probabilmente una delle più feconde sorgenti di scrofola.

— I sintomi secondarj occorrono di rado prima della terza settimana che sussegue la comparsa dei sintomi primarj, e più di rado ancora dopo il sesto mese; mentre i sintomi terziarj appena si manifestano, quando mai, prima del sesto mese, e possono tardare anche per qualche anno.

— Si riferiscono ai sintomi secondarj alcune affezioni della pelle (eruzioni sifilitiche), e di certe parti delle membrane mucose (placche mucose, condiloma ed ulcerazioni superficiali) e loro dipendenze (alopecia ed onichia); come pure certe speciali affezioni patologiche degli occhi (irite) e dei ganglj linfatici (ingorgo delle ghiandole in varie parti del corpo specialmente il collo).

— I sintomi terziarj consistono in certi cambiamenti che si determinano nel tessuto cellulare sottocutaneo o sottomucoso (gomme), nei testicoli (orchite), nei tessuti osseo e fibroso (periostite, osteite, carie, ecc.), e negli organi più profondi.

— Una cura conveniente dei sintomi primarj può prevenire lo sviluppo dei sintomi secondarj. Assai sovente questa cura guarisce i sintomi primarj ed arresta solo i secondarj; è in questo modo che si può spiegare, per esempio, il tardo venir in scena delle malattie del periostio e delle ossa, senza la catena secondaria, in individui che hanno preso mercurio. Una volta guarita la prima ulcera, non la si può riprodurre fuor che per un nuovo contagio; mentre i sintomi secondarj ed i terziarj possono ricomparire ripetutamente ed a diversi intervalli, entro periodi di tempo che non

si ponno determinare. Una successione apparentemente inversa dei sintomi secondarj e terziarj non la si osserva che in quelle persone che fecero una cura. Dopo il manifestarsi dei sintomi costituzionali, la *diatesi sifilitica* può cessare spontaneamente o in conseguenza di una cura adattata, eppure persistere i sintomi sotto l'influenza di cause puramente locali, come si osserva specialmente in molti casi di malattie delle ossa. [1] —

Altrove parlando dei sintomi terziarj Ricord dice: — Essi differiscono dai sintomi primarj e secondarj non solo nell'affettare i tessuti più profondi, ma anche nel fatto che in essi la sifilide perde in parte il suo tipo speciale. Quantunque la pelle sia ammalata a questo periodo per le più gravi eruzioni tubercolari, pure il tessuto cellulare sottocutaneo e sottomucoso, il sistema fibroso e l'osseo ne sono assai men di frequente affetti. Ma oltre a queste parti, nelle quali ogni buon osservatore ammette per cosa chiara e comune i tardi effetti della sifilide costituzionale, bisognerebbe cercare se ci fosse qualche privilegiato tessuto dell'organismo che vadi sempre esente da questi effetti. Dovremmo anche cercare se l'infezione sifilitica, quantunque non produca tutti quei danni che le si vollero attribuire, non sia in moltissimi casi la causa dell'evoluzione o del *mettersi in azione* (putting into action) per usare un'espressione di Hunter, di malattie che esistevano fin da prima latenti; e delle quali essa non è per tal modo che la causa eccitante. L'osservazione risponde in modo affermativo a queste domande, e ci insegna altresì che i sintomi terziarj possono continuare sotto l'influenza della causa virulenta, o persistere come effetti locali, dopo che questa causa sia stata distrutta o neutralizzata dalla cura; ci dimostra, in moltissimi casi, che il virus sifilitico dopo esser stato la causa di altre malattie, può cessare di esistere o di persistere come complicazione; e queste sono circostanze le quali, quantunque reali, sfortunatamente non vengono sempre facilmente apprezzate.

— I sintomi terziarj si osservano di rado prima del sesto mese dopo l'ulcero primario, e quest'ultimo qualche volta c'è ancora quando si sviluppano questi sintomi; ma sono sovente accompagnati

[1] Note all'Hunter.

da qualche sintomo secondario. Non ci danno mai una secrezione inoculabile, nè trasmettono una sifilide costituzionale caratteristica dal padre al figlio; la loro influenza ereditaria è spesso la trasmissione di una lue dannosa e quasi da temersi, cioè la diatesi scrofolosa. —

Io credo che la classificazione di Ricord si possa risolvere in due parti. La prima è il sistema cronologico, il quale originato con Fernel ed Hunter, fu sciolto da molti errori per parte di Ricord ed assai perfezionato dall'acume d'osservazione di codesto illustre, eminentemente naturale e pratico. La seconda parte consiste in diverse addizioni relativamente all'inoculabilità dei differenti ordini di sintomi, alla loro trasmissione per eredità, ed all'effetto della cura; la critica trova qualcosa a dire su alcuni di questi punti. Dirò qualcosa di ciascun di essi.

I sintomi generali della sifilide non vennero designati all'azzardo, ma si manifestano con un alto grado di ordine e di regolarità. Il fatto è assai manifesto in quelle lesioni che tengon dietro immediatamente al periodo di incubazione, e che variano pochissimo nei diversi soggetti. Se un paziente con un ulcero infettante non fa alcuna cura, gli si può predire con certezza quasi assoluta che dentro tre mesi sarà affetto dalla seguente categoria di sintomi con pochissime variazioni, cioè: malessere generale con cefalea e dolori vaghi nelle diverse parti del corpo; eruzione di bitorzoletti o di papule sulla pelle; pustule al cuojo cappelluto; ingorgo delle ghiandole post-cervicali; placche bianchicce che possono anche esulcerare sulla membrana mucosa della bocca, dell'ano, o della vulva.

Dopo il primo erompere della sifilide generale, questa uniformità non si osserva più; ci sono in un caso certi sintomi che mancano in un altro, oppure sembrano modificati dalla costituzione del paziente, dalle condizioni igieniche nelle quali vive, dalle sue abitudini e specialmente dalla cura. Ma se prendiamo un certo numero di casi, alcuni dei quali suppliscono a quanto manca negli altri, noi possiamo giungere a completare una serie di sintomi che progrediscono in regolare gradazione, e che si possono dividere in due classi distinguendoli, pel tempo della comparsa, pel loro carattere, per la sede. Quelli della prima classe, susseguono immediatamente i primi sintomi costituzionali sopraccennati, coi quali serbano un carattere affatto identico. Quelli della seconda classe,

non vengon mai in scena se non dopo un certo lasso di tempo che l'esperienza ci sa determinare con molta precisione. Più, l'ordine delle due classi non si conosce ancora. Un paziente per esempio che ebbe sintomi appartenenti alla seconda classe, quali sarebbero i tubercoli profondi del tessuto cellulare o la carie delle ossa, non offre mai la febbre, l'eruzione esantematica, ed altri sintomi che stanno in principio della prima classe. La malattia progredisce più rapidamente in certi casi che non in altri, ma però a cagione dell'uniformità generale di cui parlammo, la sola inspezione del paziente suggerirà al pratico un'approssimata conclusione sulla durata del tempo che trascorse dal contagio, come pure sul carattere dei sintomi precedenti, a meno che questi non siano stati soppressi colla cura.

S'incontrano però delle apparenti eccezioni nel regolare succecedersi dei sintomi di sifilide generale, eccezioni che possono facilmente ingannare un osservatore inesperto. Una delle più frequenti dipende dalla cura. Succede sovente che un paziente abbia avuto un ulcero infettante alcuni anni prima, fors'anche i primi sintomi secondarj, pel quale ulcero o per i quali sintomi ei prese mercurio; passò d'allora lungo tempo senza che si sian vedute altre manifestazioni generali; ma intanto l'organismo ha continuato sotto l'influenza della diatesi sifilitica, che alla fine si fa attiva e sviluppa le lesioni terziarie. L'esser andato esente dai sintomi secondarj più tardi, dipende certamente dal mercurio.

La data del primo manifestarsi d'ogni lesione, ne determina il punto nella scala sifilitica; la persistenza della lesione può dipendere da molte cause, che sarebbe troppo lungo il menzionare. È caso comune che ci sia ancora l'ulcero quando erompono i sintomi secondarj; noi però non dobbiamo concludere che appartengano e l'uno e gli altri al medesimo ordine. Così pure ci son spesso presenti ancora i sintomi secondarj quando son già manifeste le lesioni terziarie. Nelle osservazioni di Ricord citate più indietro, si accenna al fatto che io ebbi spesso occasione di verificare, che la sifilide può dar origine a sintomi che si continuano per diverse cause, specialmente per diatesi scrofolosa, molto tempo dopo che cessò la causa eccitante. Molte lesioni sifilitiche inoltre e particolarmente le eruzioni sulla pelle e sulle membrane mucose, possono scomparire colla cura o senza, poi ritornare entro un dato periodo

coi medesimi caratteri di prima. Col tempo però questa tendenza va cessando; le recidive sono poi rarissime dopo un lungo intervallo. Per esempio, l'eritema sifilitico che compare per lo più verso la sesta settimana dopo lo svilupparsi dell'ulcero, può forse ritornare all'ottavo o al nono mese, ma non già a qualche anno di lontananza della piaga primaria.

Molte volte si diede lo stesso nome a sintomi che in fatto sono distinti, e che si trovano assai discosti sulla scala sifilitica. Così c'è una certa forma di alopecia che è uno dei primi sintomi gerali, nella quale i peli cadono dal capo e dalle ciglia, ma crescono poi ancora, poichè i bulbi dei peli non sono gravemente affetti; e v'è un'altra forma di alopecia più grave che si osserva solo nei tardi periodi della sifilide, nella quale tutta la superficie integumentale si denuda affatto di peli. Sonvi due forme di irite, di ectima ecc., che si osservano in due distinti periodi; ma questi fatti non costituiscono alcuna eccezione alla legge della successione dei sintomi sifilitici.

Da ciò si vede che bisogna attenersi ad una divisione dei sintomi costituzionali semplicemente cronologica. Le addizioni però che fece Ricord a questo sistema non vanno esenti da objezioni come ora vedremo.

La proposizione di Ricord che *i sintomi secondarj non sono suscettibili di inoculazione*, è vera in quanto riguarda il senso che le attribuiva Ricord, cioè che non sono inoculabili sulla persona che li porta; ma la deduzione che se ne volle trarre ch'essi differiscono sotto questo rapporto dall'ulcero infettante, non è vera, come riconobbe poi Ricord stesso. Ambedue sono contagiosi e inoculabili su persone esenti da lue costituzionale, ma non sono mai autoinoculabili. [1]

Le proposizioni di Ricord relative ai sintomi terziarj, non si possono accettare implicitamente al giorno d'oggi. Questo autore sostiene che le lesioni terziarie non sono inoculabili e non si possono trasmettere per eredità nel loro tipo speciale, e quindi che il virus in questo stadio dev'essere affatto cambiato dal suo carattere originale. La prima di queste asserzioni è dubbia, la seconda

[1] Tranne che in casi eccezionali come si vedrà più avanti.
A. RICORDI.

è scorretta. L'inoculabilità dei sintomi terziarj non fu mai provata su persone esenti da lue sifilitica, e può darsi che s'arrivi a dimostrarla come si fece dei sintomi secondarj. La trasmissione loro per eredità mantenendo il loro tipo speciale, è ormai un fatto noto per molti esempj. L'esempio più frequente, è l'epatite sifilitica e i tubercoli profondi del tessuto cellulare sottocutaneo nei bambini affetti da sifilide ereditaria. Il Dr. Guglielmo H. Van Buren, professore di Anatomia all'University Medical College, New-York, ebbe anche ad osservare dei nodi sulla fronte e sull'ulna, e orchite sifilitica; egli mi comunicò gentilmente questo caso osservato nella sua clinica: —

Giacomo Hannon, di 14 mesi, viene portato in clinica il 22 ottobre 1853. È il quinto figlio di madre che ebbe già due aborti.

Il primo figlio morì dopo cinque settimane di età, e quando nacque aveva un'eruzione sulla cute della faccia, delle braccia, delle gambe, e intorno agli angoli della bocca. Il secondo, nato tre anni dopo, aveva un'eruzione in quasi tutte le suddette località, eruzione che comparve a tre settimane dalla nascita; morì a 9 mesi. Il terzo figlio nato tre anni dopo il secondo, ebbe un'eruzione simile, ma visse circa due anni. La madre ebbe poscia due aborti successivi. Anche il quarto figlio aveva un'eruzione comparsa circa tre settimane dalla nascita, e visse sedici mesi.

Il quinto bambino è ora dell'età di quattordici mesi. Circa tre settimane dopo la nascita, egli pure ebbe un'eruzione sulla faccia, sulle braccia, e in tre mesi s'andò estendendo alle gambe, intorno all'ano; e guarì con una *polvere bleu* (hyd. cum creta?).

Or son circa tre mesi (luglio 1856) ambidue i testicoli del bambino cominciarono ad ingrossare lentamente e senza dolore, e andarono crescendo in volume fino ad ora. Ambidue durissimi e di superficie irregolare, c'è anche un piccolo nodo alla fronte, e un inspessimento del periostio sull'ulna, pare soffra di gran debolezza muscolare, manca l'appetito.

Non è necessario l'addentrarsi nei particolari di questo caso. Basti il dire che i nodi scomparvero affatto coll'amministrazione dell'ioduro di potassio. Tutti e due i testicoli suppurarono quando fu visto l'ultima volta; uno guarì poi e ritornò al volume naturale, l'altro era ancora indolente e tramandava secrezione.

Due casi simili occorsero non è molto all'Hospice des Enfants-Saint-Anne a Vienna; [1] e Virchow [2] trovò alcune piccole raccolte di deposito particolare alla sifilide terziaria, nella sostanza cerebrale di bambini nati da madri sifilitiche.

Hunter attribuiva la differenza di sede dei primi o degli ultimi sintomi costituzionali, all'influenza del freddo, ch'egli supponeva rendesse le parti superficiali del corpo più suscettibili e più prestamente affette dal virus. Questa distinzione anatomica, senza la spiegazione di Hunter, fu ritenuta nella classificazione di Ricord, nella quale la pelle e le membrane mucose da una parte, e i tessuti osseo, fibroso, e cellulare dall'altra, si ritengono quale sede esclusiva delle manifestazioni rispettivamente secondarie e terziarie. Se non che questa norma non si può sempre mantenere, poichè uno dei primissimi sintomi di sifilide generale e che spesso precede l'eruzione cutanea, consiste in dolori che rassomigliano a reumatismo, alcuni dei quali hanno sede manifestamente nel periostio specialmente del cranio e vicino alle articolazioni; e si sa che questo tessuto fibroso s'infiamma, a questo periodo di tempo, con processo acuto. Per evitare questa difficoltà, Bassereau asserisce che la sifilide generale affetta indifferentemente i tessuti integumentali, fibroso ed osseo in tutti i periodi della malattia, ma che le porzioni più superficiali di ciascuno s'ammalano nei primi stadj, più tardi le porzioni profonde.

Virchow [3] escluderebbe ogni considerazione sulla sede nella classificazione dei sintomi generali; egli propose un sistema basato sulla natura dei cambiamenti patologici nelle diverse lesioni, ma che si scosta di troppo dall'idee generalmente accettate in oggi. De Baerensprung [4] presenta una classificazione simile nella quale i sintomi secondarj comprendono quelle lesioni che sono caratterizzate dall'iperemia e dal semplice essudato, e i sintomi terziarj quelli nei quali v'è deposito tubercolare.

[1] Syphilis Tertiaire chez des Enfants; L'Union Médicale, agosto 11, 1860 dal Wien Medizin Wochenschr.

[2] La syphilis Constitutionnelle, tradotto dal tedesco dal Dr. Picard, Paris, 1860, p. 4.

[3] Op. cit.

[4] Annales de la Charité, VI, p. 56 e VII, p. 173.

È assai più facile l'abbattere dell'edificare; onde si dovrebbe dimettere ogni tentativo diretto a quest'ultimo scopo fino a che non si siano stabiliti diversi punti da cui partire. Intanto noi possiamo tenerci soddisfatti della semplice e naturale divisione cronologica che forma la base della classificazione di Ricord. I pochi errori ch'egli vi introdusse non sono di importanza essenziale pel sistema, e possiamo dimenticarli, rammentandoci dei tributi che quest'uomo eminente seppe dare alla storia naturale della sifilide.

Aggiunta di A. Ricordi. — La divisione cronologica dei fenomeni sifilitici già vecchia nella storia della medicina, e ringiovanita poi dal Ricord, coll'aggiunta della base anatomo-fisiologica e dopo di lui da molti altri dietro altri dati, non ha proprio in sè tutta quella verità che le si volle accordare. Il più severo osservatore non potrà negare d'aver veduti molte volte individui i quali, dalla prima manifestazione di infezione, a due, tre, quattro e più anni dopo, godettero sempre perfettissima salute, e che tutto ad un tratto si trovano in preda ai sintomi gravi della lue, orchite sifilitica, tumori gommosi, osteiti, ecc. E tra questi malati ve ne son poi di quelli i quali dalla prima infezione in poi, paurosi delle funeste consegueze, ebbero attenzione di osservar continuamente loro medesimi e di star bene all'erta; eppure tali individui dopo d'esser sempre stati bene, di non aver mai veduta un'eruzione di sorta sul corpo, dopo d'aver vissuto per più anni nella speranza di immunità, quando men se l'aspettano, la sifilide così detta tardiva, li arriva fatalmente! Dobbiamo noi presupporre sempre che in questi casi, i fenomeni della sifilide secondaria, come vorrebbero alcuni siensi sempre, e con quell'ordine voluto dall'architettura nosologica, sviluppati, e che il portatore non ne abbia avuto sentore? ciò sarà possibile tutt'al più per la roseola, ma per gli altri? Ma ammesso anche ciò, i casi che ha registrati la scienza di bambini nati con fenomeni di sifilide così detta terziaria (epatite sifilitica, tubercoli profondi del tessuto sotto-cutaneo, metamorfosi adiposa nella massa cerebrale, ecc. ecc.), non danno una solenne smentita a quella legge?

Questa classificazione di sintomi è ammissibile per un certo numero di casi, ma praticamente non può essere inappuntabile.

L'iliade celtica, divisa cronologicamente come la vuole il Sigmund, è una speculazione da gabinetto che costituisce uno degli errori del gran sifilografo tedesco, il quale ebbe pur campo di osservare un ingente numero di sifilitici; per lui tutto ciò che appare dopo il sesto mese dall'infezione, è sintomo terziario; così se un'ectima sviluppasi entro questo termine dovrebbe appartenere ai secondarj, se dopo ai terziarj. Pur troppo non vi sono leggi immutabili in medicina: in questo campo la natura ci sfugge appunto allorquando tentiamo di tradurla in codice.

L'abbattere il simetrico edificio della classificazione dei sintomi della lue, non implica l'obbligo di costruirne uno nuovo; che importa al pratico di sapere se l'irite celtica è fenomeno di transizione piuttosto che secondario o terziario? forse che l'essere di transizione dovrebbe essere soggetta ad un trattamento speciale, che non sarebbe indicato qualora appartenesse alla secondaria?

E poi, se un'osteite o se un tumor gommoso da sifilide si sviluppa, un'anno, due, tre o dieci dopo l'infezione prima, senza altri precedenti fenomeni, questi sintomi noi non li curiamo precisamente come se fossero successi alle papule mucose, o all'ectima, od all'irite? Chi usa sempre il mercurio, per la cura dei sintomi celtici, si prevarrà istessamente del mercurio; chi istituisce una terapia mista iodica mercuriale, la metterà pure in esecuzione, e così dicasi di coloro che impiegano i soli ioduri; e ciò ammesso per esempio nel caso che il malato non sia stato trattato precedentemente cogli specifici.

Se fosse dimostrato, che i fenomeni così detti terziarj non sono eteroinoculabili, e che si potessero presupporre dipendere da un'alterazione qualsiasi del virus sifilitico, e che quindi per questi si dovesse istituire una differente terapia, in allora apparirebbe utile non solo ma necessaria una netta divisione tra i sintomi celtici in secondarj e terziarj; ma oltre a che l'esperimentazione tace su questo poposito, i dati clinici attestano che anche la lue terziaria si trasmette ereditariamente mantenendo anche il suo tipo.

Dunque quale vantaggio abbiamo noi praticamente di tutte le molteplici divisioni e classificazioni metodiche, scolastiche, dei fenomeni celtici? Non basta al medico di sapere che ordinariamente le tali forme appajono per le prime, che certe altre sono per lo più tardive? che dopo quest'ultime non sviluppasi mai (almeno non

credo che siansi constatati esempj) la roseola, la papula, la pustula sifilitica? Non è sufficiente il sapere qual sia il substrato delle diverse forme? A me pare che lo sforzarsi di dare limiti e leggi fisse alle varie manifestazioni della lue sia per ordine cronologico, che per l'anatomo-patologico, come si fece e si continua a far tuttodì, sia una pura speculazione scientifica, che la natura non sancirà giammai.

Alcuni sintomi di sifilide generale sono contagiosi. — Gli antichi scrittori sulla sifilide credevano pienamente nella contagiosità non solo dei sintomi secondarj, ma altresì del sudore, della saliva, del seme, del latte, del sangue, e perfino dell'alito delle persone affette da sifilide costituziodale. Hunter, fondando l'opinion sua su poche inoculazioni negative dei sintomi secondarj sulle persone che le portavano, dichiarò che il potere di contagio limitavasi alle lesioni primarie. Le autoinoculazioni simili a quelle di Hunter, furono ripetute in mille esempj da Ricord, e dietro lui da un numero infinito di medici nelle varie parti del mondo; si ebbero in tutti risultati negativi con appena qualche eccezione degna di esser accennata. [1] D'altra parte, Ricord e quasi tutti della professione, ritenevano l'ulceroide come tipo delle lesioni primarie, e la secrezion di esso fu trovata inoculabile colla massima facilità. La conseguenza che se ne dedusse era naturale, cioè che c'era una distinzione radicale tra le lesioni primarie e secondarie, nella contagiosità delle prime, nell'immutabile carattere delle seconde; tutto il mondo medico sa con quanto zelo, con quale energia ed abilità sia stata difesa tal'idea per molti anni.

La plausibilità di questo fatto manifesto, l'immenso numero di

[1] Precisamente come l'ulcero sifilitico, comportasi la papula mucosa. Si è già notato come nella gran maggioranza dei casi, il primo non è autoinoculabile artificialmente; e ciò accade puro per la seconda. Naturalmente però quest'autoinnesto talvolta si verifica, ed io ebbi occasione di osservarlo in casi nei quali o l'ulcero o la papula mucosa ulcerata risiedevano sopra delle parti in continuo contatto fra di loro. Le papule mucose ulcerate sono disposte talvolta come un rozzo ma simetrico disegno, coincidendo quelle destre colle sinistre; e gli anamnestici ci fanno sapere che queste forme erano comparse alquanto tempo prima, da un dei lati: le località ove quasi esclusivamente si osservano queste autoinoculazioni, sono l'interno delle cosce e delle natiche. A. Ricordi.

esperimenti con risultati uniformi, l'osservazione acuta, il ragionamento ingegnoso, le maniere attraenti, e la sincerità palese del Chirurgo dell'Hôpital du Midi, tutto concorse a dar peso a una dottrina che era già stata sanzionata da Hunter, e che fu quindi per un certo tempo accettata come superiore ad ogni disputa. Non andò molto però che diligenti osservatori ebbero ad incontrare dei casi in apparente contraddizione alla *legge* di Ricord, specialmente nei bambini affetti da sifilide ereditaria, la cui fresca età, l'incapacità loro al coito, diminuivano d'assai la probabilità d'errore nell'osservazione; e quantunque Ricord e suoi seguaci spiegassero con una grande ingenuità, esempj di trasmissione dei sintomi secondarj dalla nutrice al bambino e da questo a quella, pure questi casi, questa trasmissione, venne a poco a poco ammessa dalla maggioranza della professione. Al tempo stesso fu sentita la necessità di dimostrare questa facoltà mediante l'inoculazione sperimentale, onde porre la cosa fuor d'ogni dubbio, e poscia per studiare i fenomeni del processo e paragonarli a quelli che accompagnano la evoluzione della sifilide costituzionale originata da un ulcero. Fintanto che non si arrivava a questo, l'argomento doveva sempre esser soggetto a dispute.

Era però questa una prova non tanto facilmente applicabile. Ricord e la sua scuola, a loro merito, bisogna dirlo, limitarono le loro inoculazioni a persone già infette, ed ammisero generalmente che per essere decisivi, gli esperimenti dovevansi fare su persone libere da lue sifilitica, il che non si sarebbe potuto giustificare nel campo della morale, nemmeno allo scopo di far avanzare la scienza. Nel 1835 Wallace era già riuscito ad inoculare la secrezione di condilomi su individui sani, ma la poca esattezza nella osservazione scemò l'importanza delle sue esperienze. Negli ultimi dieci anni si ritentarono altre inoculazioni da Waller di Praga, da Rinecker di Würzburg, da un chirurgo del Palatinato che si tenne ignoto, da Gibert e da Vidal di Parigi, e da altri; e si può dire ormai che la contagiosità dei sintomi secondarj può essere dimostrata colla lancetta. [1]

[1] Negli Archives Générales de Médecine, febbrajo 1856, si può vedere un riassunto delle inoculazioni di Wallace e di Wagner; quelli di Rinecker e del chirurgo anonimo del Palatinato nello stesso giornale, maggio 1858. Gli esperimenti di Vidal sono esposti nel suo trattato delle malattie veneree.

Gli esperimenti di Gibert, quantunque senza dubbio i più soddisfacenti che sian stati pubblicati, fermarono di più l'attenzione, forse perchè manifestamente servirono di base ad un rapporto in favore della contagiosità della sifilide secondaria, adottato dall'Accademia di Medicina di Parigi nella seduta 31 maggio 1839, durante la quale Ricord espose la sua qualificata adesione a tal dottrina. Questi casi sono i seguenti: —

Caso 1. Paziente N. 1, sala S. Carlo; individuo adulto, affetto da *lupus* alla faccia fin dall'infanzia. Si ottenne una superficie vescicata sul braccio sinistro mediante ammoniaca e vi si applicarono delle filacce imbevute nella secrezione purulenta di *placche mucose secondarie* situate intorno all'ano.

Il paziente da cui si prese la materia presentava intorno all'ano, una corona di condilomi (*pustules plates*) che c'erano già da quindici giorni circa, e che erano consecutivi a un ulcero del prepuzio contratto quindici mesi prima, e se ne vedeva ancora la cicatrice.

Il 20 gennajo 1859, cinque giorni dopo l'inoculazione, non si vedeva alcuna traccia di quest'ultima tranne il segno del vescicante per la grandezza di una moneta di dieci centesimi. Nove giorni dopo era scomparsa ogni vestigia del vescicante, e non restava che una leggier macchia rossa.

Il 12 febbrajo, diciottesimo giorno dopo l'inoculazione, comparve una papula prominente del color del rame.

Il 16 (ventesimo secondo giorno), comparve alla superficie della papula una piccola quantità di essudato sieroso: intanto la papula aveva aumentato di dimensioni. Questa secrezione diventò purulenta, e concretandosi formò una crosta sottile.

Il 23 febbrajo (ventesimo nono giorno) si osserva una ghiandola ingrossata all'ascella corrispondente.

Il 26 febbrajo (giorno trentesimo secondo), si stacca la crosta con un bagno a vapore, e si trova al dissotto una escoriazione assai superficiale.

Il 21 marzo (giorno cinquantesimo quinto) si nota al centro della papula un'ulcerazione superficiale, leggiermente incavata; la papula è diventata più dura, più indurita, ed ora costituisce un vero tubercolo. Inoltre sono comparse sul corpo dei bitorzoli e delle pa-

pule rossastre che poi si trasformarono in pustule rassomiglianti ad acne; e questa eruzione diventa generale alla superficie anteriore delle braccia, all'addome, alla superficie interna delle cosce, agli inguini ecc.

Il 31 marzo, si prescrive al paziente una mistura di biioduro di mercurio e ioduro di potassio in siroppo, e bagni contenenti sublimato corrosivo.

Il 16 maggio, dopo sei settimane di cura il tubercolo ulceroso sul braccio è scomparso, lasciando una cicatrice bianca e leggiermente depressa. C'è ancora il ganglio ingrossato all'ascella. L'eruzione sifilitica generale incomincia a scomparire.

Caso 2. Paziente N. 47, sala S. Carlo. Individuo adulto, vigoroso, affetto da antico lupus papulo-tubercolare, che gli copre tutta la faccia.

Si fecero diverse inoculazioni colla stessa materia e nello stesso modo del caso precedente. Due di queste inoculazioni riuscirono e si ebbero gli stessi cambiamenti locali, ma preceduti da un periodo di incubazione maggiore, qualche volta meno di venticinque giorni. Si mostrò quindi un leggier rossore, seguito dallo sviluppo di una papula, asciutta in principio, poi umida, escoriata, coperta da una crosta, indurita, e finalmente si formò un vero condiloma (*tubercule plat*). Intanto s'ingrossò all'ascella un ganglio fino al volume d'una nocciuola. Al 5 marzo si osservò sul corpo un'eruzione di roseola, trentasette giorni dopo l'inoculazione. S'incominciò la cura specifica qualche tempo dopo; e al 17 maggio seguente, la guarigione si ritenne completa.

Caso 3. Questo caso offre una singolare analogia coi due precedenti, tranne che le papule furono più piccole, e l'indurimento tubercolare fu meno pronunciato, meno esteso, e subì la risoluzione più rapidamente, lasciando un'ulcerazione rotonda, superficiale, e leggiermente fungosa.

Si incominciò la cura specifica prima che comparisse la roseola.

Oggi (17 maggio) il paziente è assai migliorato.

L'inoculazione fu fatta il 21 febbrajo 1859. Si adoperò la materia viscosa e plastica secreta dalla superficie papulosa del paziente N. 1, la cui piaga datava allora da sessanta a settanta giorni.

Caso 4. Questo caso è più interessante per la fonte d'onde fu preso il virus cioè da una papula crostosa sulla *fronte*; per l'aspetto della materia stessa (siero-sanguigno); per la lunga durata dell'incubazione, circa trentacinque giorni; e finalmente per la forma della lesione iniziale la quale, per tutto il suo decorso, non presentò altro aspetto che quello di una superficie papulosa, crostosa, senza secrezione nè escoriazione.

Il paziente che aveva fornita la materia per l'inoculazione era stato curato dal Signor Puche all'Hôpital du Midi per un ulcero indurito alla superficie interna del prepuzio. Al suo ingresso nella sala, 7 febbrajo 1859, quest'ulcero aveva lasciato al suo posto una cicatrice indurita, ancora alquanto rossa, della forma di un condiloma, e un ingorgo lenticolare e indolente dei ganglj inguinali. Si erano sviluppate delle placche mucose secondarie sul pene, sullo scroto, all'interna superficie delle cosce, e all'ano, e di là si andarono estendendo ad altre parti del corpo. Sulla fronte una larga placca crostosa, di un color rosso di rame, affatto asciutta, e della dimensione circa di una moneta di dieci centesimi.

Il 9 febbrajo, si introdusse la punta di una lancetta nella circonferenza di questa placca e ricavatone del sangue leggiermente sieroso lo si inoculò sulla superficie palmare dell'avambraccio destro di un paziente affetto come il precedente da lupus della faccia. Siccome non credevamo che questa inoculazione avesse a riuscire, lasciammo che il paziente dopo quindici giorni abbandonasse l'ospedale, ed uscì senza alcuna traccia della puntura.

Il 1° aprile susseguente costui rientrò nell'ospedale nel servizio del signor Bazin. A quest'epoca (cinquanta giorni dopo l'inoculazione) fummo sorpresi nel trovare che sul punto d'inoculazione si era sviluppata una papula rossigna, di forma irregolare, asciutta, della dimensione circa di un pezzo di dieci centesimi, e che rassomigliava alla placca squammosa della fronte donde s'era preso il virus.

Il paziente disse che questa placca era comparsa circa quindici giorni prima, cioè trentacinque giorni dopo l'inoculazione. Sulla placca e intorno intorno si vedevano diverse macchie color di rame leggiermente prominenti, l'incominciamento di un'eruzione squammosa sifilitica, che poscia si estese ad altre parti del corpo. All'ascella corrispondente c'era un ganglio dolente del volume di una nocciuola.

Il 23 aprile: macchie di roseola sul corpo; poche papule squammose sulla superficie anteriore delle estremità toraciche; abbondante eruzione sulla cute del cranio; ingorgo dei ganglj cervicali superiori; incominciamento di placche mucose intorno all'ombelico e al margine dell'ano; nulla alla bocca, nulla in gola, nè agli organi genitali.

S'incominciò tosto la cura specifica, e il 18 maggio susseguente i sintomi erano migliorati d'assai.

Gibert vorrebbe giustificare queste inoculazioni dicendo che i pazienti erano tutti affetti da lupus inveterato della faccia, cui egli sperava di migliorare — colla doppia influenza di una nuova malattia costituzionale e dei rimedj specifici che si sarebbero dati per questa; — disse di poi che in tre casi su quattro potè realizzare questa speranza guarendo complètamente il lupus; [1] questo asserto però ha bisogno di venir confermato, e l'autore non andò esente da una severa e giusta censura, per aver inoculato la sifilide in persone che ignoravano certamente il rischio ch'essi incontravano.

Considerando i casi di Gibert dal lato puramente scientifico sono deficienti di dettagli e di diligenza nell'osservazione, e non si potrebbero accettare come prova della contagiosità della sifilide secondaria, se questa contagiosità non fosse sostenuta dall'esperienza clinica e da migliori esperimenti d'altri autori.

A questo punto uno scettico potrebbe dire: Questi casi non provano nulla. Non si fece alcuna esplorazione del retto del paziente dal quale fu presa la materia per le prime due inoculazioni. Questa cavità poteva nascondere un ulcero, la cui secrezione si mescolò a quella della placca mucosa sul margine dell'ano. Nè ci si dice se il paziente offrisse alcun altro indizio di infezione costituzionale. Come facciamo noi a sapere che la piaga ch'egli aveva sul pene quindici mesi prima non era un ulceroide, e che il suo supposto condiloma non era un ulcero infettante recente, in processo di trasformarsi in placca mucosa o in tubercolo, come succede spesso nel periodo di riparazione? Ond'è che,

[1] Gazette des Hôpitaux, N. 144, 1859 dalla Gazette Médicale.

non avendosi avuto riguardo all'una o all' altra di queste fonti di errore, si inoculò la secrezione di una lesione primaria invece che di una secondaria. Nessuna meraviglia quindi che s'abbia avuto un ulcero per risultato, la secrezione del quale fu adoperata nella terza inoculazione positiva. Il quarto caso è difettoso in questo, che il paziente restò fuori di osservazione per trentacinque giorni tra l'inoculazione e l'erompere dei sintomi costituzionali; durante il qual tempo egli poteva essersi esposto a diverse sorgenti di contagio.

Queste objezioni non son prive di fondamento, e non è al tutto fuor del caso il concludere che, l'Academia di Medicina nell'accettare il rapporto della sua commissione, non si fondò sulle inoculazioni esperimentali intorno alle quali riferiva, ma piuttosto sulle larghe prove tratte dall'esperienza clinica che s'andarono accumulando per anni, e fors'anche su esperimenti d'altri, fatti con maggior cura, quantunque di questi ultimi non si facesse allora argomento di discussione.

Le conclusioni del rapporto della commissione furono le seguenti: —

1. V'hanno sintomi *secondarj* o costituzionali della sifilide che sono manifestamente contagiosi. Innanzi a tutti bisogna mettere la papula mucosa o tubercolo.

2. Questa verità è applicabile tanto alla nutrice e al bambino nutrito quanto agli altri individui; non v'è alcun motivo per credere che nei lattanti la secrezione di questi sintomi abbia delle proprietà diverse da quelle che ha negli adulti. [1]

Le objezioni che dissi dirette contro le inoculazioni di Gibert, sono accennate nel rapporto, sono ben fondate, e giustificherebbero un giurì medico che pronunciasse il giudizio: *mancano le prove.* Ma al tempo stesso, considerando l'individualità dell'au-

[1] Ecco le parole testuali: —

1. Il y a des accidents *secondaires* ou constitutionnels de la syphilis manifestement contagieux. En tête de ces accidents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat.

2. Ce fait s'applique à la nourrice et au nourrisson comme aux autres sujets, et il n'y a aucune raison de supposer que chez les enfants à la mamelle le produit de ces accidents ait des propriétés differentes de celles qu'on lui connait chez l'adulte.

tore che fece questi esperimenti, considerando che vanno d'accordo nei risultati con quelli di altri autori, per conto mio non esito a credere che la materia impiegata fosse appunto derivata dalle fonti supposte. Così essendo, i primi due casi son due esempj di inoculazione positiva di sintomi secondarj. Nel terzo, (ammettendo con Rollet che i sintomi secondarj diano origine a un ulcero mediante contagio) la materia inoculata era quella di una piaga primaria. Nel quarto, (ammesso che la lesione alla fronte sia ben descritta da Gibert) fu inoculato positivamente *il sangue* di un paziente sifilitico.

L'importanza che si deve dare alla decisione dell'Academia di Medicina, non che all'occasione per la quale Ricord ebbe a rinunciare a una dottrina ch'egli sosteneva da tanto tempo e sì abilmente, è la ragione per la quale io considero tanto le inoculazioni di Gibert; ma come si disse, nessuno potrà mai supporre, nè dal carattere degli esperimenti, nè leggendo la discussione dell'Academia, che il fatto non era altro che l'enunciato di conclusione già stabilita prima. La contagiosità dei sintomi secondarj era già provata dall'esperienza clinica, ed era già stata dimostrata con esperimenti condotti colla massima diligenza. Di questi ultimi io non citerò che quelli riferiti da Rinecker, i quali sono affatto conclusivi e sufficienti per loro stessi a definire la questione senza ricorrere ad altri.

Caso 1. Una donna di nome Bronner d'anni 28, fu ricevuta nell'ospedale al quarto mese di gravidanza, per sifilide costituzionale. Aveva acne sifilitica, placche mucose e grave leucorrea, senza alcuna traccia di sintomi primarj. Dopo una cura mercuriale fu dimessa il 7 luglio, guarita. Il 17 novembre diede in luce una bambina, e non potè allattarla.

La figlia era sana appena nata, ma il 9 dicembre, s'ammalò con piaghe in gola e diarrea la quale cessò coll'amministrazione di nitrato d'argento. Il 13 si osservarono dei grossi condilomi sugli organi genitali e alla superficie interna delle cosce. Tosto dopo comparve sulla faccia un'eruzione specifica, accompagnata dai segni più chiari e pronunciati di sifilide ereditaria, affezioni delle unghie, *nodus* sifilitico ecc. La bambina si fece pallida e magra e morì il 12 gennajo 1852.

Una fanciulla servente che assistette la bambina durante la malattia, ma che non la allattò, s'ammalò essa pure; le si svilupparono dei tubercoli mucosi all'angolo destro della bocca, i quali progredirono nel loro solito decorso; si esaminarono gli organi genitali colla massima cura e si trovarono intatti.

Prima della morte della bambina, un giovane medico W. R., s'offrì nell'interesse della scienza, per lasciarsi inoculare la secrezione delle pustule d'acne della bambina. Egli aveva 24 anni, sano e robusto, non aveva mai avuto sifilide, e si presentava quindi buonissimo soggetto per questo esperimento. S' adottò il metodo di Wallace con qualche modificazione; il 5 gennajo 1852 s' applicò al braccio sinistro un vescicante lungo tre pollici, largo due; evacuato lo siero, si introdusse al disotto dell' epidermide lasciata in sito, la materia di diverse pustule della fronte della bambina.

Il 10 gennajo, non v'era alcun cambiamento, la superficie vescicata avea seguito il solito decorso, e tranne un leggier rossore e un po' d'esfogliazione era completamente guarita.

Il 20 gennajo, poco tempo dopo la guarigione del vescicante, si manifestò su tutto il braccio un'eruzione papulosa con gran prurito, come succede spesso dopo l'applicazione di un vescicante; scomparve senza alcuna cura.

Il 25 gennajo la superficie vescicata tornò rossa ancora, e disquammò con prurito.

Il 2 febbrajo, ventinove giorni dopo l'inoculazione, la superficie era di un color rosso scuro di rame, corrispondente alle dimensioni del vescicante. La pelle dura e infiltrata, spécialmente verso la circonferenza all'angolo inferiore interno, dove la materia d'inoculazione era stata depositata in maggior copia che altrove. Là si vedono delle elevazioni papulose, dure, del volume da una lente a un pisello. Nessun dolore.

Febbrajo 10. Tutta la superficie inoculata è coperta da tubercoli di color rosso bruno, duri al tatto, confluenti in gruppi, e coperti per la maggior parte da squamme. Quelli che si manifestarono pei primi hanno alla loro sommità una crosta scura, prodotta dall'essudato di pus.

Febbrajo 15, quarantadue giorni dopo l'inoculazione. I tubercoli isolati, specialmente quelli all'angolo interno inferiore, aumentati di volume, affatto prominenti, coperti da una crosta conica

che ricorda quella della rupia, al disotto della quale c'è suppurazione. La pelle assai infiltrata, specialmente intorno ai margini. Leggier dolore lungo i vasi linfatici. I ganglj ascellari gonfj e tumefatti.

Or si tentò di far recedere l'eruzione che era affatto locale, col mezzo di frizioni fatte con unguento di biioduro di mercurio. Sul principio parve che questa cura riescisse; diminuì il volume dei tubercoli; incominciò a scomparire l'infiltramento, e dopo quindici giorni non erano visibili che i tubercoli più voluminosi. Si tralasciò l'unguento per qualche tempo; ma l'affezione locale peggiorò, e il 14 marzo, settanta giorni dopo l'inoculazione, la pelle ritornò rossa ed assai infiltrata. Pur non disperammo ancora di impedire l'infezione generale, e s'applicò alla piaga una pasta di parti eguali di cloruro di zinco e amido. Caduta l'escara, si manifestarono delle granulazioni sane, e la cicatrizzazione progredì rapidamente.

Il 12 giugno, cento cinquanta giorni dopo l'inoculazione, e cento trenta dopo la comparsa dell'affezione locale, [1] R...., che fino a questo tempo era stato benissimo, cominciò a soffrire di malessere, di disturbo gastrico e cefalea. Una settimana dopo si osservò un rossore erisipelatoso alla parte anteriore del palato molle, cui successe pochi giorni dopo un essudato bianco grigio, che si cambiò tosto in un'ulcerazione superficiale. Succedette lo stesso sulla superficie interna del labbro inferiore, e ad un lato del frenulo della lingua, i ganglj occipitali erano leggiermente affetti. Più tardi si osservarono delle placche mucose sullo scroto.

Col mercurio internamente e con un regime adattato, si ottenne la guarigione in poche settimane, e fino ad ora 20 novembre, non si ebbero altri sintomi di sifilide costituzionale.

Non citerò per esteso il secondo caso di Rinecker il quale non è che una continuazione del primo, poichè la materia impiegata fu presa dai tubercoli del braccio di R...., e, adottando le idee recenti sulla natura della piaga prodotta da contagio di sifilide

[1] Quest'incubazione sì lunga di sifilide costituzionale dipendette probabilmente dalle frizioni mercuriali.

costituzionale, anche quì come nel terzo caso di Gibert, fu inoculata la secrezione di una lesione primaria e non di una secondaria. Basta il dire che la materia tolta a questa fonte fu applicata nello stesso modo come nel primo caso, al braccio di un altro medico, il Dr. Warnery di Losanna, il 13 febbrajo.

I fenomeni che seguirono furono simili a quelli del caso precedente. La superficie vescicata guarì affatto, ma il 13 marzo, ventitre giorni dopo l'inoculazione, ritornò rossa, s'infiltrò, si inspessì, e presentò molte elevatezze papulose, dure, coperte di croste brunastre o di sottili squamme grigie. Come nel primo caso si adoperò un unguento di biioduro di mercurio, ma verso il primo maggio, da cento sedici a cento venti giorni dopo l'inoculazione, e da cinquantaquattro a sessanta dopo la comparsa della piaga primaria, il Dr. Warnery fu affetto da molti e indubbj sintomi di sifilide costituzionale, dei quali poi Rinecker dà una minuta descrizione.[1]

Trattando di simile questione, non credetti necessario l'addurre prove tolte dalla clinica esperienza in favore della contagiosità delle lesioni secondarie nei bambini affetti da sifilide ereditaria, perchè la letteratura medica abbonda di esempj di simil sorta. Il lettore ne troverà molti nell'opera di Diday sulla sifilide dei bambini. Non dimentichiamoci però, che questo è il miglior campo per lo studio di tal questione, poichè i bambini sifilitici quasi invariabilmente presentano lesioni secondarie sulla membrana mucosa della bocca, e il contatto tra la bocca del bambino e il seno della nutrice è più frequente, più prolungato, più intimo, di quello che succeda tra due altre superficie in individui adulti, egualmente suscettibili di venir affetti da lesioni costituzionali.

Inoltre, i casi di trasmissione di sintomi secondarj tra persone adulte, lascian quasi sempre adito da qualche parte, al dubbio che la malattia sia stata contratta in qualche altro modo. Rollet[1] ed altri autori ne riferirono però molti casi di carattere sicuro, opponendosi così all'idea di Diday, che la sifilide ereditaria abbia una

[1] Questi due casi furono originalmente riferiti alla Società Fisico-Medica di Würzburg, e sono inseriti nel terzo volume degli Atti di quella Società.

[1] Archives Générales de Médecine, marzo 1859.

speciale virulenza e sia la sola suscettibile di essere comunicata per contagio. Nel primo dei casi di Rollet la malattia fu trasmessa dalla bocca al seno, nel modo stesso che succede nei bambini.

Caso 1. Madama X si sgravò d'una bambina sana il 30 ottobre 1856. Siccome la bambina non s'attaccava facilmente al seno, fu incaricata una donna di venir in casa ogni giorno a succhiar il latte dalla mammella. Nel gennajo del 1857 si formò una fessura sul capezzolo accompagnata da ingorgo dei ganglj ascellari, ma che alla fine guarì.

La paziente era in cura del Dr. Despiney, il quale scoprì poscia dei segni non dubbj di sifilide costituzionale, ma pienamente persuaso dell'onestà della Signora e del marito, sospettò di essersi sbagliato nella diagnosi, e nel seguente maggio la fece vedere a Rollet il quale la trovò affetta da eritema sifilitico, alopecia, croste sulla testa, ingorgo dei ganglj sottoccipitali, placche mucose sulla bocca, macchie grigiastre sulle tonsille, ma nessuna lesione degli organi genitali. Questi sintomi durarono una quindicina di giorni. Il marito stava benissimo, e non ebbe mai alcuna malattia venerea.

Rollet, con molta difficoltà s'informò dei particolari or detti riguardo al succhiamento del latte ed esaminando il seno, trovò alla base del capezzolo sinistro, un grosso indurimento caratteristico, ed all'ascella due ghiandole del volume di una noce, non dolenti.

Si seppe poi nel ricercare le circostanze del fatto che la donna che aveva succhiata la mammella era onesta, ma che aveva avute lesioni sifilitiche agli organi genitali, comunicatele dal marito, e che erano guarite senza cura. Essa ebbe più tardi placche mucose sulle fauci, e precisamente quando era chiamata da Madama X.

Esaminata allora la bambina la si trovò affetta da un'ulcerazione del labbro, che guarì con una cura mercuriale, incominciata tosto. Però ebbe più tardi placche mucose intorno all'ano ed agli organi genitali.

La madre fu curata per qualche tempo da' suoi sintomi, ma ebbe diverse recidive. Il marito non presentò mai alcuna lesione sifilitica.

Caso 2. Giulio C... tessitore di seta, d'anni 25, entrò nell'Antiquaille di Lyon il 26 giugno 1858. Non ebbe mai alcuna malattia venerea fino all'11 aprile antecedente, allorchè fu morsicato al

labbro superiore da Luigi B., e le ferite prodotte dai denti dell'aggressore rimasero aperte due mesi.

Al suo ingresso nell'ospedale, si riscontrarono due masse di indurimento al labbro superiore; ciascuna delle quali press' a poco delle dimensioni di un pezzo da venticinque centesimi, leggiermente escoriate alla superficie. Le ghiandole sottomascellari da ciascun lato ingrossate e dolenti.

Ebbe per diversi giorni delle croste sulla testa, alopecia, eritema sul corpo, e placche mucose sullo scroto; nulla al pene. Gli si prescrissero delle pillole di protoioduro di mercurio coi bagni di sublimato corrosivo; lasciò l'ospedale l'8 luglio non ancora perfettamente guarito.

La moglie non presentò alcuna traccia di sifilide, ed a quell'epoca allattava un bambino sano.

Luigi B....., colui che lo morsicò e che per questo appunto si ebbe la condanna di sei mesi di prigionia, era stato curato per sifilide generale nell'ospedale dov'era entrato il 10 aprile 1857; allora, come si rileva dalle annotazioni del luogo, ebbe un ulcero indurito alla corona del glande, che guarì dopo tre settimane. Poscia ebbe placche mucose sullo scroto, ingorgo dei ganglj cervicali posteriori ed alopecia; restò in cura sino all'8 maggio, poi abbandonò l'ospedale.

Quando afferrò coi denti il Giulio C... egli aveva lesioni sifilitiche nella bocca, e mordendolo gli diceva altresì che gli avrebbe comunicato il veleno.

Caso 3. Antonio S. d'anni 20, contrasse un ulcero indurito sul pene nell'aprile 1858, il quale dopo qualche tempo guarì senza cura. Ebbe poi un'eruzione sifilitica papulosa; ulcero in gola, e placche escoriate sulla membrana mucosa dei labbri.

Esaminato da Rollet il 15 dicembre 1858, presentava i seguenti sintomi: indurimento patognomonico, largo, cartilagineo, metà sul glande e metà sul prepuzio verso il lato sinistro; adenite multipla assai pronunciata all'inguine sinistro; placca mucosa alla commessura sinistra dei labbri; tracce di un'eruzione sulle gambe e sulle cosce.

S. era lavorante in una fabbrica di vetri, dove è costume negli operaj che gonfiano le bottiglie di lavorare in tre; il primo soffia

nel vetro e lo riduce in una sfera cava e passa il tubo al secondo che modifica la forma, poi al terzo che finisce la bottiglia. S. era il primo di un gruppo che adoperava uno stesso tubo.

Giovanni G. il secondo del medesimo gruppo, s'accorse nell'ottobre del 1858 di un indurimento del volume di un nocciolo di ciliegia al lato anteriore e destro del labbro inferiore, e poco tempo dopo s'ingrossarono i ganglj sottomascellari, specialmente al lato destro. Più tardi, ma precisamente quando, il malato non sa dire, si manifestò un'ulcerazione a fondo grigiastro alla tonsilla destra e sulla parete anteriore del palato.

Si esaminò il paziente il 10 dicembre 1858, e si trovò una placca rossa e indurita al labbro inferiore; v'era adenite sottomascellare multipla; un'ulcerazione sulla tonsilla destra; nulla affatto sugli organi genitali.

Fleury G., d'anni 42 era il terzo dei tre operaj. Egli fu esaminato il 10 dicembre 1858, e presentò diverse ulcerazioni, ch'egli disse datare da un mese circa. Una era situata sulla membrana mucosa del labbro inferiore presso la linea mediana; fondo rossastro e sanguinante, in parte coperta da una crosta nerastra; i margini tagliati irregolarmente, del diametro di circa un centimetro.

Alla superficie interna del labbro superiore c'era un'altra ulcerazione a fondo grigio e poltaceo, coi margini tagliati recisamente, di profondità minore della precedente.

Al labbro superiore si notava anche un terzo ulcero, grigiastro, piccolo, della capacità di una testa di spillo.

Esaminando la bocca si notò una placca mucosa tra l'uvula e il pilastro sinistro posteriore del palato; le fauci rosse, difficoltà nell'inghiottire. I ganglj sottomascellari sensibilmente ingorgati, come pure, in minor grado però, quelli al lato del collo. Nessuna lesione agli organi genitali. G. è ammogliato e padre di famiglia. I figli sono tutti sani; egli dice però d'aver comunicata la malattia alla moglie che non si potè esaminare.

Caso 4. X. d'anni 25, di buona costituzione, consultò Rollet nell'aprile del 1849 per un ulcero indurito del prepuzio, che guarì completamente dopo tre settimane di cura.

Nel mese di agosto, il paziente presentò sintomi di sifilide costituzionale, croste sulla testa, alopecia, ingorgo dei ganglj sotto

occipitali, eritema alle fauci con ulcerazione superficiale delle tonsille, placche mucose ai lati della lingua, eruzione papulosa sul corpo e sulle estremità, placche mucose intorno all'ano. Si ripetè la cura antisifilitica, e scomparvero tutti i segni, tranne le placche mucose della bocca, per la quale il paziente rifiutò di continuare la cura.

Nel settembre del 1850, Rollet fu chiamato presso una famiglia della quale X. era amico intimo, e trovò una fanciulla d'anni 18 che presentava una placca prominente sul labbro inferiore, di forma circolare, grigiastra al centro, e apparentemente ricoperta di una falsa membrana; sulla parte corrispondente del labbro superiore un'altra placca simile ma più piccola, con ingrossamento dei ganglj sottomascellari. Non si fece tosto la diagnosi, ma si prescrisse un unguento con calomelano.

Sei settimane più tardi, l'affezion dei labbri era a un di presso nella medesima condizione, ma erano sopraggiunti nuovi sintomi i quali non lasciavano alcun dubbio sulla natura della malattia. Cioè: placche mucose ai lati della lingua, infiammazione eritematosa delle fauci, eruzione pustulosa sull'epicranio, lesioni alla vulva cui la madre disse rassomiglianti alle placche mucose della bocca. Si incominciò allora una cura antisifilitica.

Tostochè Rollet riconobbe la natura della malattia della fanciulla, ne sospettò X. ch'egli sapeva ancora affetto da placche mucose della bocca; e nel comunicargli il suo sospetto, X. confessò d'aver baciata la ragazza e d'averle in tal modo comunicata la malattia. X. confessò anche d'aver avute relazioni sessuali con un'altra donna, e richiese Rollet perchè la visitasse caso mai ella pure fosse infetta. Rollet la visitò, e le trovò una placca ulcerata al labbro inferiore. Era gravida da poco tempo, poi abortì e presentò sintomi indubbj di sifilide costituzionale.

Caso 5. Uno dei più distinti farmacisti di Lione, pregò Rollet che visitasse la Signora X. donna di irriprovevole moralità, ma che però il farmacista che la dirigeva a Rollet, credeva affetta da sintomi di sifilide.

La paziente aveva 22 anni; di temperamento linfatico, maritata da tre anni, ma senza figli. Rollet la vidde nell'aprile del 1857 in presenza della madre.

Tre mesi prima, ella s'accorse d'un ulcero al labbro inferiore e la credette una semplice fessura. A poco a poco s'andò ingrandendo, i ganglj sotto mascellari si indurirono. Circa un mese prima, le erano comparse delle croste all'epicranio, con alopecia, ulcera in gola, ed un'eruzione generale sul corpo.

Quando la vidde Rollet, c'era un'indurimento elastico ben pronunciato del labbro inferiore; i ganglj sotto mascellari gonfj e leggiermente dolenti; tutto il corpo coperto da un'eruzione papulo-vescicolosa; infiammazione eritematosa delle fauci, dolore nella deglutizione, ingorgo dei ganglj sotto occipitali, corizza ed alopecia. Gli organi genitali sani.

Non c'era più alcun dubbio quanto alla natura della malattia; ma prima di esporre un giudizio, Rollet pregò la madre di ritirarsi, poi disse alla signora ch'ella era affetta da sifilide, e le domandò se le importava che questa cosa restasse segreta. Ella non esitò un momento, ma richiamò tosto la madre, alla presenza della quale si andò ricercando l'origine dell'infezione. Nè la moglie, nè la madre non accusarono il marito, uomo di costumi assai regolari; ed ambedue espressero il desiderio che lui pure fosse presente ad una seconda visita.

Il marito aveva 35 anni, di buona costituzione, e confessò d'aver avuta sifilide a 22 anni, che fu curata perfettamente all'ospedale di Strasburgo. Non ebbe più altri sintomi, e visitatolo lo si trovò sanissimo.

Siccome il marito non accusava la moglie, siccome la moglie non accusava il marito, poichè c'era in tutti la massima buona fede, considerando che il primo sintomo era stato un ulcero sul labbro, Rollet, dopo lungo esame e lunghe ricerche, si convinse che la giovin donna aveva ricevuta la malattia dalla sua cuoca, che si trovò affetta da copiosa eruzione di placche mucose sulle fauci, da eruzione pustulosa all'epicranio, da alopecia e da altri sintomi indubbj di sifilide; e tanto essa che la padrona avevano l'abitudine di tastare collo stesso cucchiajo i cibi che si preparavano per la tavola.

Rollet riferisce molti altri casi non meno interessanti di trasmissione di sifilide secondaria fra adulti, ognuno dei quali casi considerando l'autorità di Rollet, è degno di fede.

Anche Fournier[1] riferisce i particolari di quattro casi di ulceri induriti prodotti indubbiamente da contagio da placche mucose o da ulcerazioni secondarie, in adulti affetti da sifilide acquisita.

Il Dr. Samuele S. Purple di Nuova-York, mi riferì diversi esempj nei quali non ci poteva esser alcun dubbio ragionevole, di sifilide comunicata a giovani donne da giovani amici affetti da placche mucose della bocca.

Ma non ostante le moltissime prove di contagiosità delle lesioni costituzionali, si potrebbe ancora dubitare se tal questione sia alla fine risolta definitivamente e in modo soddisfacente, se non fossero le recenti ricerche relative al virus ulceroso ed alle proprietà dell'ulcero infettante, ricerche che hanno rimosso ogni ostacolo che si poteva opporre ad accettare questa dottrina; ecco in tal modo un altro bell'esempio nella storia della scienza, del lume portato in un argomento collo studio di un altro. Finchè furono confuse le due specie di ulcero, finchè l'ulceroide fu tenuto qual ulcero tipo, era impossibile che non si ammettesse una distinzione radicale tra le lesioni primarie e le secondarie, e che le prime fossero inoculabili e le altre non inoculabili sulle persone che le portano; come pure era anche probabilissimo che, sapendo che le facoltà delle une erano le medesime rispetto alla salute di individui sani, si credesse così anche delle altre. Ma dopo la scoperta che l'ulcero infettante solo appartiene alla vera sifilide, e che non è autoinoculabile, lo stesso modo di ragionamento, indipendentemente dalle prove dirette, ci fa riescire alla conclusione che le proprietà delle lesioni sifilitiche primarie e secondarie, rispetto al contagio, sono precisamente il contrario nelle persone infette e nelle persone sane.

Il contagio della sifilide nella forma sì primaria che secondaria coincide con quello di altre malattie d'infezione, le quali tutte sono innocue agli individui che ne sono già influenzati, e virulenti a coloro che non ne furono mai affetti. Considerando questo argomento non possiamo a meno di restar colpiti dall'armonia della natura pur anche nella malattia; e al tempo stesso pare impossibile che una lezione sì facile d'analogia, sia stata ignorata per tanto tempo.

[1] De la Contagion Syphilitique, Parigi, 1860 p. 77.

È singolare, come fece osservare Rollet, che l'inoculazione artificiale abbia sovente dimostrato la contagiosità delle lesioni secondarie, e rare volte quella delle lesioni primarie. Il numero di positive inoculazioni di lesioni secondarie su individui sani ascende circa al dodici e più, quello delle altre non eccede il tre, e in due di queste (la terza delle inoculazioni di Gibert, e la seconda di Rinecker), gli autori credettero di inoculare lesioni secondarie; la terza fu fatta da Rollet.

Ripetute inoculazioni della secrezione di sintomi secondarj su persone affette da cancro, fallirono sempre, onde si suppose che vi sia un antagonismo tra la diatesi cancerosa e la sifilide.

Quali sintomi costituzionali sono contagiosi? — La maggior parte delle inoculazioni positive di lesioni generali furon fatte con materia tolta da placche mucose, da condilomi, o da ulcerazioni superficiali delle membrane mucose, ognuna delle quali lesioni può dirsi essenzialmente la medesima o pressochè identica; e per quanto io posso assicurare, tutti i casi di contagio dei sintomi costituzionali osservati in pratica, furon prodotti da materie provenienti dalla medesima classe di alterazioni.

Nel primo caso di Rinecker, la materia derivava da acne sifilitica, e Vidal inoculò con successo il contenuto delle pustule di ectima. In uno dei casi di Waller si adoperò del sangue. Così fu pure in nove inoculazioni del chirurgo anonimo del Palatinato, tre delle quali furono positive; ed io ritengo che sia stato ancor questo l'attivo agente del quarto caso di Gibert.

La molta frequenza delle placche mucose su quelle parti del corpo più esposto al contatto d'altre persone, la vulva nella donna, la bocca in ambidue i sessi, specialmente nei bambini, spiega come, fra tutte le altre manifestazioni costituzionali, queste lesioni possano essere la sorgente più comune di contagio. Le inoculazioni artificiali di Vidal, di Rinecker, provano che anche le eruzioni sifilitiche pustulari sono contagiose; ed è assai probabile che questa proprietà si estenda anche a tutti i sintomi costituzionali accompagnati da una secrezione sierosa o purulenta; si stenta però a credere che nessuna forma secca della malattia, senza che ci sia presente un fluido che possa venir assorbito, sia comunicabile.

La contagiosità del sangue delle persone sifilitiche, quantunque probabilmente solo in leggier grado, è un fatto molto importante che si fonda sulla comunicabilità delle altre malattie contagiose per mezzo del fluido circolante;[1] è anche dimostrato dai cinque casi di inoculazione positiva già citati. È però un fatto che molti altri chirurghi tentarono inutilmente di ripetere queste inoculazioni; diciotto inoculazioni, per esempio, fatte da Diday, sedici nel giugno del 1849 e due nel settembre, non riuscirono; ma in argomenti di tal fatta valgono di più pochi esempj fatti come si deve, che molti non riusciti.

L'inoculazione di Waller fu fatta su un ragazzo di 15 anni, che non aveva mai avuta sifilide. Furon prese tre o quattro dramme di sangue di un individuo affetto da sifilide secondaria, e si applicò il sangue alle incisioni fatte da uno scarificatore. Al finire del terzo giorno le ferite erano guarite affatto, ma trentaquattro giorni dopo l'inoculazione, si manifestarono due distinti tubercoli che alla fine s'unirono e si esulcerarono. Sessantacinque giorni dopo l'inoculazione, trentadue dopo la comparsa dei tubercoli, si sviluppò una bella roseola sifilitica sull'addome, sul dorso, sul petto e sulle cosce. Tutto il corpo si coprì d'eruzione e qualcuna delle macchie sulle cosce si trasformarono in papule. La diagnosi fu confermata da molti medici che viddero il caso.

Nelle inoculazioni sperimentali del sangue fatte dal chirurgo del Palatinato, furono positive solo quelle, nelle quali il fluido veniva applicato a una larga superficie assorbente che si faceva diventar sanguinante colla frizione.[2] [3]

[1] Vedi in proposito un lavoro interessantissimo del Dr. Viennois sulla trasmissione della sifilide per vaccinazione negli Archives Générales de Médecine, giugno, 1860.

[2] Revue critique, par le Dr. Lasègne, Archives Générales de Médecine, maggio 1858, p. 604.

[3] Sebbene gli esperimenti di inoculazione di materie sifilitiche già addutti dall'autore, sieno più che bastevoli per ammettere come indubitata la trasmissibilità della sifilide così detta secondaria e del sangue dei sifilitici, pure desidero di farne conoscere in breve, altri istituiti oltre ai già citati, (l'ultimo de' quali è posteriore alla data del presente lavoro) specialmente perchè si debbono a distinti medici connazionali.

Nel 1859 il Dr. Galligo inoculava la secrezione di papule mucose boccali, in tre punti del proprio arto superiore destro: una sull'avambraccio,

Il Dr. Viennois addusse delle prove soddisfacenti per dimostrare che molti esempj di trasmissione di sifilide per vaccinazione dipendono dalla lancetta sporca di sangue derivato da persone sifilitiche. Qui ci si offre l'opportunità di esporre i seguenti risultati cui arrivò questo autore nelle sue ampie e profonde ricerche relativamente al nesso tra la vaccinazione e la trasmissione della sifilide; duolmi che il poco spazio non mi conceda di dare più estese notizie intorno alle belle ricerche del Viennois. [1]

1. La vaccinazione con pura materia vaccina è qualche volta la causa eccitante di un'eruzione sifilitica in bambini già affetti da diatesi sifilitica, nel modo stesso che dà origine ad eruzioni non specifiche negli individui scrofolosi. La storia del caso, e l'ordine d'evoluzione dei sintomi bastano generalmente a stabilire una diagnosi. Per esempio, il comparire di un'eruzione entro pochi giorni o poche settimane dalla vaccinazione, senza l'ordinario periodo di inoculazione della sifilide, vorrà dire che probabilmente la malattia era già latente nell'organismo.

2. La sifilide non può esser trasmessa a una persona sana coll'inoculazione della materia vaccina tolta da un soggetto sifilitico, a meno che la lancetta non si sporchi intanto anco di sangue del

due alla mano. Al diciottesimo giorno sulla regione dorsale della mano sviluppavansi due pustule che presero in seguito l'aspetto d'ulceri induriti, susseguiti poi da altri fenomeni di sifilide.

Il prof. P. Pelizzari nel 1862 dopo d'aver ottenuti risultati negativi colle inoculazioni del sangue d'un individuo sifilitico, fatta sulla persona di due de' suoi studenti, replicava poco dopo lo sperimento su altri tre immuni anch'essi da malattie veneree. Il sangue venne tratto dalla vena cefalica destra (in un punto ove la pelle era esente da eruzione) d'una donna affetta da papule mucose, eritema cutaneo, ecc.; nuovi erano gli strumenti co' quali venne eseguito lo sperimento, e tutti coloro che vi presero parte avevansi lavati le mani. All'inoculando erasi abraso un tratto di cute sul braccio sinistro ove erano state praticate per soprappiù tre incisioni trasversali. In due si ebbe effetto negativo, nel terzo, dopo 25 giorni manifestossi sul punto inoculato, una papula rosso-cupa, che terminò per esulcerarsi e fu dappoi susseguita da altri sintomi di sifilide.

Tanto nel primo caso del Galligo quanto in quello dello studente del prof. Pelizzari le forme primitive di sifilide furono accompagnate da adenopatia ganglionare corrispondente.

A. Ricordi.

[1] Archives Générales de Médecine, giugno, 1861.

sifilitico; nel qual caso si produce un ulcero infettante seguito da sintomi generali, col loro solito ordine di evoluzione. [1]

Due dei più interessanti esempj di trasmissione di sifilide per vaccinazioni, furono riferiti da Lecoq: [2] —

Caso 1. Maggio 4, 1855. P. d'anni 25, fu rivaccinato secondo i regolamenti della marina cui apparteneva: si fecero tre punture a ciascun braccio. Il virus vaccino derivava da buone pustule delle braccia di un altro soldato, il quale come si seppe poi aveva avuto tre mesi prima un ulcero indurito al pene. Otto giorni dopo la vaccinazione di P., si trovò che le pustule erano abortite; una però si infiammò poco tempo dopo e si esulcerò in una piaga che prese a poco a poco i caratteri di un ulcero indurito; la base era dura al tatto, e all'ascella corrispondente si sentivano i ganglj induriti. Apparve poi dopo un'eruzione sifilitica, ed altri segni costituzionali.

[1] La trasmissione della sifilide mediante l'innesto vaccinico fu intravveduta per la prima volta (1814), dal nostro Monteggia, il quale segnalava questo fatto in una sua memoria all'Istituto delle Scienze in Milano: egli asseriva che vaccinando un'individuo sifilitico ne derivava una pustula contenente, i due virus vaccinico e sifilitico, i quali possono essere trasmessi ad altri individui.

Dopo di lui, Marcolini, Cerioli, Tassani, Ceccaldi, Montain, Schreier, Viani, Wegeler, Hübner, Monnell, Witehead, Bettoni, Galligo, Lecoq, Trousseau, Marone, Pacchiotti, Devergie, Chassaignac, Herard, confermarono pienamente la scoperta dell'illustre italiano, raccontando trasmissioni di sifilide mediante l'innesto vaccinico verificatasi sopra una scala più o meno grande di individui.

L'immunità, osservata in alcuni bambini vaccinati colla materia tolta dalle pustule di uno stesso vaccinifero e colla quale furono inoculati contemporaneamente altri bambini che ebbero poi la sifilide, oppure in altri vaccinati colla linfa tolta da bambini sifilitici, fecero già presupporre al Dotor Omodei che il sangue proveniente dalle pustole, e non già la pura materia vaccinica, fosse il mezzo col quale si trasmette la sifilide mediante l'innesto del vajuolo: questa idea fu fecondata dal Dr. Levrat quando nel 1848 sosteneva che la sifilide si trasmetteva mediante l'innesto vaccino nella sola condizione che a questo sia commisto del sangue. Ma in allora non era ancor constatata sperimentalmente la contagiosità del sangue come fu dimostrata dappoi, e che valse al Viennois per erigere come assioma indubitabile, l'enunciato dell'Omodei.

A. Ricordi.

[2] Guyenot, Thèse de Paris, 1859; anche la Gazette Hebdomadaire, 27 gennajo 1860.

Caso 2. D., d'anni 25, fu egualmente rivaccinato nello stesso giorno e colla materia presa alla stessa fonte. Il risultato fu simile a quello descritto nel precedente caso, cioè non riuscì la vaccinazione, ma si ebbe ulcerazione di una delle punture che si indurì, con ingrossamento dei ganglj ascellari, più tardi sifilide costituzionale confermata.

In una lettera al Dr. Viennois, Lecoq dà i seguenti particolari relativamente a questi casi: — La materia fu presa da pustule vaccine perfette, sviluppate come d'ordinario sul braccio di un soldato il quale, quantunque allora noi non lo sapessimo, aveva avuto un ulcero indurito sul pene tre mesi prima, e pel quale fu curato due mesi all'ospedale. Quando fu adoperato per la vaccinazione degli altri, costui non presentava la più piccola traccia di sintomi sifilitici.

— La lancetta adoperata nell'operazione era nuova; non era mai stata usata a questo scopo: tutto lasciava credere che fosse buonissima.

— Nel medesimo giorno furono vaccinati diversi soldati, colla medesima materia tolta dal medesimo individuo; solo in due si ebbero spiacevoli risultati.

— I due soldati nei quali si osservarono sintomi sifilitici, non avevano mai avuto malattie veneree, ed erano sanissimi. Si fece di tutto per indurli a confessare se caso mai si fossero esposti in coito impuro, ma inutilmente; essi persistevano nel negare, e sugli organi genitali non c'era alcuna cicatrice. — In un'altra lettera Lecoq osserva che questi due sgraziati erano stati gli ultimi due della serie di soldati vaccinati in quel giorno; dice altresì di ricordarsi che, essendo la pustula pressochè esausta di linfa, la lancetta aveva fatto uscire un po' di sangue.

— Si osservò con tutta la diligenza lo sviluppo delle pustule vaccine in questi due uomini; al quarto giorno era affatto irregolare. La pustula non era ombelicata come l'altre, si coprì tosto d'una crosta sottile, al disotto della quale c'era un'ulcerazione, piccola dapprima, ma che rapidamente guadagnò in espansione e profondità, di modo che in pochi giorni comprendeva tutto lo spessore del derma ed uguagliava in larghezza una moneta da

due franchi. I margini irregolari ed a picco; superficie dolentissima, sanguinava facilmente, e nella notte si copriva di una crosta al disotto della quale si raccoglieva del pus sanioso; *i bordi erano affatto induriti e i ganglj ascellari ingorgati*. Queste ulcere non guarirono che in due mesi, e si dovettero cauterizzare diverse volte. Le cicatrici erano come gonfie, un po' dolenti, indurite e facili ad esulcerare se trattate rozzamente; non si rassodarono se non dopo la cura anti-sifilitica. Si erano fatte tre punture su ciascun braccio, ma tal decorso non si osservò che in una sola puntura in ciascun paziente.

— Sei mesi circa dopo la vaccinazione comparve un'eruzione la quale, a nostra gran sorpresa, giudicammo veramente sifilitica.

— Uno dei due ebbe una roseola pertinace, pustule di acne sul dorso e sulle braccia, pustule di impetigo sulla cute del cranio, ingorgo dei ganglj cervicali; più tardi, sul dorso e sulle braccia placche di psoriasi rosso di rame.

— L'altro ebbe delle croste impetiginose sulla testa, ingorgo dei ganglj cervicali, placche mucose sullo scroto e alla parte interna delle cosce, poi intorno all'ano.

— In ambedue i pazienti i sintomi scomparvero coll'amministrazione del bicloruro di mercurio, e dell'ioduro di potassio. —

Viennois raccolse molti esempj consimili, in alcuni dei quali la malattia fu comunicata a molte persone; sono casi sufficienti a dimostrare che, quantunque la vaccinazione sia una operazione comunemente innocente, pure ommesse le dovute cautele, può diventare il mezzo pel quale si trasmetta una terribile malattia costituzionale.

Ammettendo la contagiosità del sangue delle persone sifilitiche, noi possiamo supporre per via di un ragionamento *a priori* che i diversi fluidi secreti dal sangue, la saliva, il latte, il sudore, il seme, siano essi pure contagiosi, e così pure credevano i primi scrittori di sifilide. Al giorno d'oggi però sono pochissimi quelli che sostengono la contagiosità di una delle secrezioni or accennate fuor del latte e del seme; noi ci occuperemo per ora, solo di quest'ultimo.

È un fatto riconosciuto che il fluido seminale di un padre sifilitico può infettare un ovo nell'utero della madre sana, la quale essa pure vien contaminata per via della circolazione fetale; ma

la questione dibattuta è questa: se una donna possa, senza diventar gravida, contrarre sifilide, abbandonandosi ad un uomo affetto da diatesi sifilitica, ma che però non presenti ancora alcuna lesione sifilitica; in altre parole, il seme abbia la stessa proprietà contagiosa che hanno le secrezioni delle lesioni primarie e secondarie, ed il sangue? Il credere che ciò sia possibile non è cosa sragionata; se non che v'è un assioma nello studio delle scienze naturali il quale dice, che non si deve ammettere per vero nulla che non sia suscettibile di dimostrazione o che non sia sostenuto dalla più valida analogia; onde se noi accettiamo come un fatto ciò che è solo probabile, apriamo una porta all'errore; più, or che la contagiosità della sifilide fu limitata alle piaghe primarie, dobbiamo guardarci dalla tendenza alla reazione, la quale probabilmente strascinerà ad eccedere i limiti del vero.

Bisognerebbe che in tutti i casi addutti per provare la contagiosità del seme, si verificasse il fatto che l'uomo non ebbe alcuna lesione sifilitica al momento del coito; che la donna non si sia abbandonata altrimenti e quindi fecondata; e che l'evoluzione dei sintomi sifilitici in essa sia stata la medesima che quando succede per contagio da altre fonti; quindi che ci sia stata una lesione primaria dove il virus penetrò nell'organismo, cui tennero dietro i sintomi generali col loro solito ordine, poscia il periodo di incubazione come dopo la trasmissione della malattia per mezzo della secrezione di un sintomo primario o secondario o per mezzo del sangue; io non esito a dire che in nessun caso trovo adempite queste condizioni.

Uno dei migliori difensori della contagiosità dello sperma è il Dr. W. H. Parter di Dublino, autore di una serie di Essays on the Natural History of Syphilis, [1] che fermarono l'attenzione del mondo medico. Sempre professando tutto il rispetto per le opinioni di codesto scrittore, io credo però di dissentire dalle sue idee su questo argomento. Parmi che i casi ch' egli riferisce non siano degni di tutta la fede, perchè s'appoggiano solo sui dati forniti dai pazienti, e non sull'accurata osservazione; in alcuni anzi parmi certo che la malattia non sia stata comunicata colla concezione

[1] Dublin Quarterly Journal of Medical Sciences, maggio, 1857.

od altrimenti, e mi pare che in tutti non ci sia stata la piaga primaria, fatto di poca importanza secondo l'opinione del Dr. Parter il quale dice: — Spesso, disputando su questo argomento, mi fu fatta la domanda se la donna di cui si parlava era stata esaminata collo *speculum*, e se non era possibilissimo che ci fossero degli ulceri nascosti nei recessi della vagina o dell'utero. *Io non feci mai questa esplorazione*, nè la farò mai in tali circostanze, perchè colà non c'è alcun sintomo che meriti attenzione; ma se esistesse un ulcero, o *può essere il risultato di illecito amplesso*, o può essere stato comunicato da un marito che non aveva ulcero sopra sè medesimo, e quindi non aveva pus col quale trasportare il veleno. *Non importa che ci sia stato o no un ulcero*, perchè l'esserci stato o meno non è questione che formi parte di quanto si vuol stabilire, cioè i poteri velenosi del fluido seminale. — Mi son presa la libertà di mettere in corsivo quelle parole sulle quali voglio fermare specialmente l'attenzione del lettore, e che io credo appoggino la conclusione che ho già espressa, cioè il poco valore che si può dare ai casi del Dr. Parter. Io non so capire in qual modo, mentre egli ammette di non aver visitati i genitali di una donna in tali circostanze, possa esporre questa proposizione come legge stabilita in sifilide che — il seme di un uomo malato deposto nella vagina di una donna sana, quando è assorbito e senza la concezione, contaminerà la donna colla forma secondaria della malattia, e ciò senza la presenza di ulcero o d'altra piaga nè nell'uomo, nè nella donna. — Per volere stabilire questa proposizione, tanto contraria a quanto si sa sul contagio della sifilide, ci vorrebbe una larga dose di prove evidenti, indubitabili, dove non sia possibile sospettare che la malattia derivi dalla gravidanza o da *illecito amplesso*. È assai improbabile che la trasmissione della sifilide per mezzo del seme e senza gravidanza, se pure è possibile, abbia a seguire leggi affatto diverse da quelle che governano il contagio nato da altre fonti.

La Sifilide percorre essenzialmente lo stesso decorso, derivi essa da un sintoma primario o da un sintoma secondario: nell'uno come nell'altro caso la lesione iniziale è un ulcero. — In una discussione ch'ebbe luogo alla Société Médicale

du Panthéon a Parigi nel 1856, relativamente alla contagiosità dei sintomi secondarj, il Dr. Edward Langlebert, fondandosi su due casi da lui osservati di contagio secondario, espose il sospetto suo che la lesione iniziale fosse un ulcero.[1] Questa idea, emessa dapprima senza alcuna prova adequata, destò assai poca attenzione; finchè nel 1858 Rollet la sottopose alla prova coll'esame di molti casi di contagio secondario riferiti nella letteratura medica, poi addusse altri fatti in favore tolti dalla sua pratica, e in breve la potè sostenere con tanta evidenza da lasciar poco o nessun dubbio sulla verità di essa. Giudicando dalle mie impressioni al primo leggere le conclusioni di Rollet che furono pubblicate negli Archives Générales de Médecine, febbrajo, marzo e aprile del 1859, a chi le legge nuovo in questione, arrivano ingegnose e vestite di novità ma non al tutto soddisfacenti; più però vi si pensa sopra e più persuadono; e sopra tutto quanto più le si considerano paragonandole a quei casi di contagio secondario pubblicati senza idee preconcette sui fenomeni che potevano tener dietro, altrettanto sembrano ragionevoli e degni di fede. Favorisca il lettore a considerare i casi di trasmissione di sifilide per via di lesioni secondarie o di sangue che citammo già in questo capitolo, tenendo presente al tempo stesso l'evoluzione della malattia quando sussegue a contagio da lesione primaria, e non potrà a meno di osservare la somiglianza che c'è tra l'una evoluzione e l'altra; la differenza è sì poca in fatti, da non poterci suggerire alcuna seria opposizione alla dottrina di Langlebert e di Rollet.

Bisogna notare fin d'ora che questa dottrina è anche sostenuta dall'analogia. Tutte le altre malattie contagiose percorrono lo stesso corso, sia che la malattia dalla quale dipendono fosse al tempo del contagio in principio, sia che fosse presso al termine. Se una persona comunica il vajolo, la scarlattina o il morbillo a un'altra persona, i sintomi che presenta quest'ultimo individuo non subiscono alcuna variazione in conseguenza del periodo a cui trovavasi la malattia nel primo individuo quando la comunicò al secondo. Si notò una piccola differenza nel tempo di maturanza di una pustula

[1] Vedi gli Atti di questa Società per l'anno 1856, come anche una lettera di Langlebert a Diday nella Gazette Médicale de Lyon, luglio 1859.

vaccina quando la vaccinazione si fa con linfa recente o con croste secche, ma non si ebbe mai a notare alcuna differenza nei sintomi. Onde noi possiamo ragionevolmente supporre che la sifilide segua sempre uno stesso corso sia che derivi da una lesione primaria, sia che derivi da una lesione secondaria; è però una questione che dev'essere decisa coi fatti.

Volendo sottomettere questa dottrina alla prova dell'esperienza io mi propongo di paragonare in generale i fenomeni che seguono il contagio da ciascuna di queste due fonti, ponendo speciale attenzione alle lesioni iniziali, riguardo alle quali vi può essere maggior divergenza di opinioni. Sarà bene quindi di ricercare in primo luogo che cosa costituisca un ulcero.

Ebbi già a definire l'ulcero: la lesione iniziale della sifilide acquisita che si determina al punto dove il virus entrò nell'organismo, e separata dalle manifestazioni di sifilide costituzionale per un periodo di incubazione. L'essenziale di un ulcero quindi com'io lo intendo, è una piaga sviluppata al punto del contagio quale primo sintomo di sifilide acquisita, la comparsa della quale piaga è seguita da un periodo di latenza riguardo al virus, e poscia dalla sifilide generale. Vedremo ora che, se questa definizione è corretta, non può esservi più alcun dubbio che la lesione iniziale della sifilide da contagio secondario sia un ulcero.

V'hanno però altre e minori condizioni, nelle nostre idee su un vero ulcero infettante (qual è inteso al giorno d'oggi), e che sono le seguenti: un periodo di incubazione tra il contagio e la comparsa di una piaga primaria; l'ulcerazione che varia in estensione e profondità, e che può interessare il solo epidermide o il solo epitelio, e, nella maggior parte dei casi, l'indurimento della base della piaga o dei vicini ganglj linfatici. È appunto rispetto ad alcuni di questi punti che può nascere qualche dubbio sulla identità dell'ulcero da contagio primario e quella da contagio secondario.

Dopo questi cenni preliminari procedo all'esame dei fenomeni nei due casi.

1. *Il primo sintomo che segue il contagio secondario (come il contagio primario) è una piaga che si sviluppa nel punto dove il virus entrò nell'organismo.* — Le inoculazioni artificiali, alle quali solo possiamo riferirci per stabilire questo fatto, lo provano certo senza eccezione.

2. *Questa piaga è preceduta da un periodo d'incubazione, come l'ulcero infettante ordinario.* — In tutti i casi di inoculazione artificiale di sintomi secondarj e di sangue, il punto d'innesto restò tranquillo per alcuni giorni prima che comparisse la lesione iniziale. In dodici casi raccolti da Rollet questo periodo fu di 29, 27, 35, 9, 33, 27, 15, 42, 28, 17, 25 e 34 giorni rispettivamente, che danno un minimum di 9 giorni, un maximum di 42 giorni, una media di 26 giorni. [1] Questa media è alquanto maggiore di quella dell'ulcero infettante primario, come si deduce dall'esperienza clinica; [2] ma se noi paragoniamo, come dice Rollet che si avrebbe dovuto fare le inoculazioni artificiali fra loro, troviamo che questa differenza è minima. Così nell'inoculazione d'ulcero infettante di Rinecker, l'intervallo fu di 25 giorni; in quelle di Gibert fu di 24 giorni; in quelle di Rollet di 18, con una media di 22 giorni.

3. *Generalmente è una papula che nella maggior parte dei casi si esulcera e si indurisce ed è accompagnata da ingorgo dei ganglj linfatici vicini, e quindi rassomiglia assai a una forma frequente dell'ulcero infettante ordinario.* — Richiamerò alla mente del lettore il fatto che l'ulcero tipo, come si credette in principio incominciante con una pustula e consistente di una ulcerazione incavata con margini tagliati recisamente, or si sa che appartiene all'ulceroide, e che come lo provarono le osservazioni di Bassereau ed altri, l'ulcero infettante è il più delle volte un'erosione superficiale, che non oltrepassa i limiti dell'epidermide o dell'epitelio, e che per lo più diventa papuloso ed elevato sulla superficie interna; solo nel minor numero dei casi interessa tutto lo spessore dell'integumento o della membrana mucosa.

In quasi tutti i casi riferiti di sifilide susseguente all'incubazione di un sintomo secondario, si dice che la lesione iniziale fu una papula che si sviluppò a poco a poco in tubercolo, e (certe volte dopo un intervallo di diversi giorni) si esulcerò superficialmente, la qual'ulcerazione, se non è specialmente menzionata, è indicata dalla descrizione di una crosta, la quale non può derivare che dall'essiccazione di linfa o di pus. In un solo esempio (la quarta

[1] Gazette Médicale de Lyon, dicembre, 16, 1859.

[2] Vedi pag. 55.

inoculazione di Gibert), troviamo che non ci fu alcuna abrasione della superficie per tutta la durata della papula. Anche Diday riferisce un caso di contagio secondario da un bambino alla nutrice; trattasi di un' elevazione papulosa sul seno che fu seguita da sifilide generale, e che non si esulcerò mai nel benchè minimo grado. [1]

Nei due casi riferiti da Lecoq di contagio da inoculazione del sangue nella vaccinazione, le lesioni iniziali furono ulcerazioni incavate, dell'aspetto preciso del così detto ulcero Hunteriano.

L'indurimento della base della piaga e l'ingorgo dei ganglj linfatici vicini, questi due sintomi importanti di un ulcero infettante, furono osservati nella maggior parte delle lesioni iniziali di sifilide da sintomi secondarj, risultati o dall'inoculazione artificiale o da infezione per contatto. Non bisogna aspettarsi una costanza invariabile, poichè sono transitorj od assenti anche in qualche caso di piaga primaria. Bisogna ricordarsi altresì che la maggior parte delle inoculazioni artificiali furon fatte senza il menomo sospetto che s'avesse a sviluppare una piaga primaria, e generalmente da persone che davano pochissima importanza all'indurimento, e che quindi può darsi benissimo non l'abbiano visto in quei casi nei quali non lo si trova notato. Se fossero stati edotti dell'importanza di questo segno ne avrebbero specialmente notata la mancanza. I casi di Wallace e di Waller sono riportati alquanto imperfettamente, eppure troviamo che si parla di indurimento della lesione iniziale in due dei tre casi di Wallace, e in uno dei due casi di Waller. Questi sintomi erano presenti nei casi di Rinecker e in quelli di Lecoq. Delle tre inoculazioni di lesioni secondarie e di sangue fatte da Gibert, la piaga iniziale si indurì in due e nella terza il paziente non si potè osservare a tempo debito, perchè assente; in tutti v'era ingorgo dei ganglj inguinali. Non fui capace di rendermi conto esatto e profondo dei casi riferiti dal chirurgo del Palatinato.

La prova di quei casi di contagio secondario non inoculato artificialmente, che furono osservati in pratica, è ancor più conclusiva. Quei casi di adulti citati da Rollet e Fournier, tutti tranne

[1] Traité de la Syphilis des Nouveau-nés, Paris, 1854.

un solo presentarono l'indurimento della base dalla piaga e l'ingorgo dei ganglj, come negli esempj più perfetti di ulcero infettante. L'indurimento dei ganglj ascellari in nutrici infette da bambini sifilitici, è un fatto cui si pose già attenzione alcuni anni sono. Diday dice: — Nulla è più comune che di vedere l'ingorgo delle ghiandole dell'ascella in donne contaminate pel medium del seno. Mahon [1] osservò questo fatto, e lo emise come regola generale, che mi venne poi fatto di verificare nella maggior parte dei casi che ebbi ad osservare. [2] — Bosquillon [3] accenna il medesimo fatto, come pure altri scrittori sulla sifilide dei bambini.

4. *Il periodo d'incubazione dei sintomi generali è press'a poco lo stesso, sia che la malattia derivi da una lesione primaria sia che derivi da una lesione secondaria.* — Nei dodici casi raccolti da Rollet, questa seconda incubazione del virus fu di 37, 26, 92, 42, 31, 128, 26, 107, 48, 37, 12 e 38 giorni rispettivamente, ne risulta una media di 52 giorni, la quale si potrebbe ridurre a 45 giorni col lasciar fuori il caso nel quale l'intervallo fra la comparsa dell'ulcero e quella dei sintomi generali fu di 128 giorni, nel quale caso era stato somministrato il mercurio. Si ricorderà il lettore che le diligenti ricerche di Diday relativamente alla durata del medesimo periodo dopo contagio da ulcero primario danno una media di 46 giorni; il che corrisponde alla durata media dopo il contagio da lesione secondaria, fatto assai notabile.

5. *I primi sintomi generali sono di uno stesso carattere, dopo contagio da lesione secondaria, come dopo contagio da lesione pri-*

[1] Histoire de la Médécine Clinique, suivie d'une Mémoire sur la Nature et la Comunication des Maladies Vénériennes des Femmes enceintes, des Enfants et des Nourrices. Paris, 1804, p. 440.

[2] Traité de la Syphilis des Nouveau-nés, p. 223. Diday prosegue dicendo che questo ingorgo non prova niente affatto che la lesione da cui dipende sia un ulcero primario. Ciò fu scritto però prima ancora che si conoscesse la dottrina di Rollet; d'allora Diday modificò la sua opinione come si vede in queste parole ch'egli disse in una discussione tenuta alla Società Imperiale di Medicina a Lyon il 20 febbrajo, 1860: — Quel est donc la nature de cet accident initial? C'est un chancre, *je l'admets*; mais un chancre à caractères effacés, mitigés, atténués. — Gazette Médicale de Lyon, num. 8, 1860.

[3] Traduzione francese dell'opera di Bell sulle malattie veneree, vol. II, pag. 620.

maria. — La verità di questa proposizione riesce evidente esaminando i casi che ho citati, nei quali i primissimi sintomi generali furono placche mucose, eruzione eritematosa o papulosa, acne capitis, alopecia, ingorgo post-cervicale, ecc., come dopo contagio da piaga primaria.

Esaminando questo confronto, troviamo un corrispondersi generale tra i fenomeni susseguenti a contagio da sintomi primarj e quelli susseguenti a contagio da sintomi secondarj. In quest'ultimo caso forse il periodo di incubazione che precede il comparire della lesione iniziale, è più lungo che dopo il contagio da sintomi primarj; ma le nostre statistiche sono però ancora troppo scarse per darci sicuro questo fatto; d'altronde una certa differenza in questo punto non può essere di molta importanza.

La maggior difficoltà sta nel conciliare nei due casi, l'aspetto delle piaghe iniziali. Ancorchè le moderne ricerche abbiano alquanto modificate le idee nostre sui caratteri dell'ulcero tipo, bisogna confessare che la primissima lesione susseguente a contagio secondario, differisce in certi punti da quella che tien dietro a contagio primario; è più sovente papulosa; lenta in generale ad esulcerarsi, e in qualche raro esempio, se dobbiamo credere implicitamente ai dati degli osservatori, non è mai umida al benchè minimo grado per tutto il decorso suo.

Ma questi punti di differenza son essi sufficienti a farci ammettere una distinzione tra la sifilide derivata da un sintomo primario, e quella derivata da un sintomo secondario, e a negare altresì che il primo effetto del virus in ambidue sia un ulcero? Io non lo credo. Le lesioni iniziali nel loro assieme sono le medesime nei due casi; la piccola diversità può dipendere dalla sede scelta per l'inoculazione artificiale che fu sempre o il braccio o la coscia; e com'ebbi già a dire, io credo che le idee nostre sui sintomi objettivi di un ulcero siano troppo limitate, e che non sia ragionevole il pretendere una invariabile uniformità d'aspetto. La papula ulcerata e indurita, accompagnata da ingorgo dei ganglj vicini, che si manifesta dopo l'innesto della secrezione d'una forma di sifilide costituzionale, non si può disporre tra i sintomi secondarj dai quali è separata per un periodo di incubazione; egli è evidente che non la possiamo dire che primaria; ed io credo con Langlebert, con Rollet (le cui idee furon principalmente adottate in questa sezione)

e con Fournier, ch'essa abbia tutto il diritto al nome di ulcero. Ricord non emise la sua opinione su questo argomento, ma possiamo però ritenere l'opinione di Fournier suo discepolo che gli si associò nella pubblicazione delle sue *Leçons sur le chancre*, dalla quale emerge che Ricord favorisce questa nuova dottrina, quantunque non concorra a sanzionarla pienamente.

AGGIUNTA DI A. RICORDI. — Dimostrata la contagiosità delle forme di sifilide secondaria, dai primi esperimentatori venne annunciato alla scienza come queste dessero per prodotto iniziale una papula tendente generalmente alla ulcerazione. Vidal e Gibert infatti ammisero come l'accidente trasmesso ritiene press'a poco i caratteri di quello che ha fornita la materia contagiosa, ed il Diday stesso prima della teoria espressa dal Rollet tendeva a questa credenza. In seguito l'Auzias-Turenne ed il Langlebert incominciarono pei primi a mover dubbj sull'argomento, ed anzi quest'ultimo terminava col dichiararsi apertamente del parere che la porta della sifilide è l'ulcero indurito, anche quando è comunicato da una forma secondaria. Da ultimo il Rollet raccolti i materiali già preparati attorno a lui, fedele alla scuola di Ricord, impiegava tutti gli sforzi del proprio ingegno per edificare una teoria assoluta, elevando a dogma inconcusso che l'accidente secondario si trasmette mediante un'ulcero. E quasi tutti i sifilografi giurarono in suo nome!

Non è mia intenzione di qui passare in disamina critica tutto quanto scrissero ed il Rollet ed i suoi seguaci per sostenere l'assunto; solo mi permetto di osservare che tanto l'esperimentazione quanto la clinica sono ben lungi dal porre il suggello della verità a quell'assolutismo, e spero che l'analisi critica objettiva, prodotto d'una severa osservazione scevra di spirito di partito, abbia presto a rendere giustizia alla verità.

È necessario che rammenti la definizione dell'ulcero come premessa di quanto andrò a dire? Io credo che oltremodo banale è il senso di quel vocabolo. Solo rammenterò come la papula mucosa considerata come sintomo secondario della sifilide, termina moltissime volte colla ulcerazione.

Or bene non si ha che a rileggere attentamente tutti gli sperimenti istituiti per provare il contagio della sifilide secondaria e

del sangue di individui sifilitici, per rilevare ben tosto come il prodotto della loro trasmissione sopra individui vergini da sifilide abbia quasi costantemente incominciato per una papula, la quale dopo più o men tempo, o si coprì di una crosta o si esulcerò. E perciò dovremo noi chiamar col nome di ulcero questa forma iniziale, la quale dopo aver esistito molto tempo affatto continua nel suo tessuto, come papula, ha raggiunta un'ultima fase, l'ulcerazione? E perchè allora non chiameremo col nome di ulceri secondarj, le papule mucose che sviluppatesi in seguito ad una forma primitiva, terminano coll'esulcerarsi e coll'assumere l'aspetto di un vero ulcero?

Ma lasciamo da parte il caso in cui l'accidente iniziale comincia per una papula che convertesi dappoi in ulcero; e consideriamo invece il caso nel quale l'accidente primitivo è rappresentato da una papula che non offre mai nel suo decorso lesioni di continuità. La scienza possiede di tali osservazioni? Sì. Io che già fin da qualche anno mi elevava contro l'assoluta teoria del Rollet, ed in altro mio lavoro, appoggiato alla osservazione di frequenti fatti che la smentivano, tendeva a far risorgere una verità clinica ch'era stata dal dispotismo rovesciata; fin d'allora io citava due casi di papule mucose trasmesse come tali dietro rapporti contro natura e li riportava come attestato della mia credenza. Se non che, sebbene convincentissime per me, non avevano forse in loro tutto quel corteggio d'autenticità necessario per persuadere chi da me dissentisse. Il Fournier, il Diday, il Guerin, lo Sperino ed altri notarono casi consimili, ad onta che i primi due condividano le opinioni di Rollet; ed a tale proposito il Galligo nella sua pregevolissima opera venuta in luce da poco, si esprime così: « ma chi potrebbe eliminare che (queste papule mucose primitive, soggetto delle osservazioni mie, del Fournier, del Guerrin, dello Sperino, ecc.) sieno state precedute da ulceri, o fossero ulceri a forma di placca mucosa? E non essendosi praticata la confrontazione hanno questi fatti un valore veramente autentico? » È necessario adunque ricorrere di nuovo alla clinica e col suo possente ajuto escludere qualsiasi dubbio. Io qui adunque mi trovo costretto di trascegliere dalle nuove osservazioni che mi venne dato di raccogliere, due casi i quali e perchè furono seguiti scrupulosamente da me fino dal loro principio, e perchè difficilmente occorre al pratico di essere in opportune

circostanze per osservarle, sono assai preziosi e meritano l'attenzione di coloro ai quali più che delle teorie si curano di quanto la natura offre a chi la studia. Oltre a questi due casi potrei citarne alcuni altri nei quali appare evidentemente come la papula mucosa può essere il sintomo primitivo, costituire l'inizio della sifilide; ma ora, e per brevità e perchè voglio ritornare più diffusamente sull'argomento in un separato lavoro, mi limito alle due seguenti:

Osservazione I. — *Papula mucosa come sintomo iniziale di sifilide.* Gabbani Caterina contadina di Canobbio 41; 2 marzo 1862. Letto n. 12.

Donna robusta che non soffrì per lo addietro malattia di rilievo. Ebbe 10 figli (l'ultimo de' quali un'anno fa), alcuni morirono da piccoli, altri viventi e sani.

Due mesi or sono porse il seno, per parecchi giorni, ad un bambino d'una sua vicina il quale portava fenomeni sifilitici alla bocca (afte e piaghette) e contemporaneamente allattava il proprio. Quindici giorni circa dopo aver smesso dall'allattare il figlio della sua amica s'accorse di una piccola ulcerazione al capezzolo della mammella sinistra alla quale tenne dietro un'ingrossamento delle ghiandole sotto-ascellari corrispondenti. L'ulcero si ingrandì giornalmente e raggiunse la grandezza quasi d'un pezzo da centesimo, il quale comprendeva e la base del capezzolo e l'areola. Tenne dietro un mese dopo circa una manifestazione di papule al pudendo.

Quando la viddi per la prima volta aveva ancora l'ulcero mammario poco profondo, di color rosso-bigio a base leggiermente indurita, secernente materia siero-purulenta, ed un' adenite voluminosa ascellare corrispondente. Aveva papule mucose molli, asciutte, alle grandi e piccole labbra, l'utero era sano. La Caterina ad onta dell'ulcero mammario continuava a porgere il seno alla propria bambina Angela, fino a che, ricoverò nella Sala Veneree dove le venne proibito di continuare l'allattamento. La bambina esaminata diligentemente da me, appena ricevuta, e nei giorni consecutivi non presentava forma di lue nè al cavo ovale, nè altrove; e la madre anch' essa m' assicurava che antecedentemente sua figlia non aveva mai manifestato indizio di sifilide, ed anzi da ciò deduceva che il male dal quale era affetta essa stessa,

non fosse d'indole sifilitica, altrimenti l'avrebbe comunicato alla sua bambina. Cinque giorni dopo, alla visita del mattino, potei distintamente per la prima volta vedere quasi all'apice della lingua, ed un poco a destra, una piccolissima papula opalina appena elevata, che crebbe prestamente, ed in quattro giorni costituì una placchetta della grandezza d'una lente, più dura del tessuto della lingua indolente, la quale aveva tratto in consenso due ghiandole sotto-mascellari che ingrossate ed indurite, facevano un tumoretto scorrevole sotto la cute.

La cauterizzazione continuata la fece scomparire a poco a poco, in 16 giorni, rimanendo come residuo una macchietta livida: *la papula non si esulcerò mai.* Alla bambina fu anche amministrato uno sciroppo iodio-mercuriale per un mese e mezzo, in seguito al quale l'adenite scomparve quasi totalmente. La madre guarita dell'ulcero e delle altre forme colla cura mercuriale interna, volle partire dal comparto conducendo seco la bambina alla quale non erasi manifestata altra forma di sifilide.

Osservazione II. — *Papula mucosa come sintomo iniziale di sifilide.* Montani Carolina contadina di Uboldo d'anni 31; 14 gennajo 1864. Letto n. 14.

È una donna robusta che fu sempre sana per lo addietro. Ebbe 4 figli, due de' quali morirono a pochi mesi di vita, gli altri sono viventi e sani: il marito è affatto immune da malattia venerea.

La Carolina è ammalata da due mesi: essa allattò per lo spazio di cinque settimane (due, tre volte al giorno) un bambino esposto tolto all'Ospizio di s. Caterina in Milano, il quale aveva una papula opalina alla lingua ed un'ulcero in forma di ragade alla parte mediana del labbro inferiore (queste forme gli vennero comunicate dalla propria balia); e lo allattava in compagnia del proprio figlio, essendo abbondante di latte. Terminato questo impuro allattamento s'accorse di un bitorzoletto alla radice del capezzolo sinistro, della grandezza d'un grano di miglio, gialliccio alla sommità, rosso alla base, il quale durò così per 5 giorni; poi scoppiò e fu sostituito da un piccolo ulcero che raggiunse la grandezza d'una lente mantenendosi tale per tre settimane. Era affatto indolente a fondo rosso-cupo e che non secerneva che poca sierosità. Oltre a ciò, e quasi contemporaneamente, alla Carolina sviluppossi una

piccola ragade agli esiti dei condotti galatofori della stessa mammella, la quale a poco a poco s'allargò ed occupò tutta la convessità del capezzolo; si coprì poi di croste che cadevano per ripullulare: anche quest'ulcero durò press'a poco come il primo e ne presentò gli stessi caratteri. Da pochi giorni s'accorse di una eruzione papulosa al pudendo.

Quando io l'ebbi a visitare per la prima volta, presentava una cicatrice rosea affatto molle al posto dell'ulcero mammario destro. Una papula mucosa cuprea, molle, umida, non molto elevata, della grandezza di una lente, situata al posto ove notai l'esistenza dell'ulcero mammario sinistro. Adeniti ambilaterali ascellari indolenti. Papule mucose grandi ed asciutte al gran labbro destro; catarro uterino verdognolo, ulcerazioni granulose al labbro superiore del muso di tinca.

Insieme alla Carolina veniva pure accolto nella Sala Veneree il di lei bambino Ottolini Filippo di mesi 5. Io lo visitai attentamente e lo trovai perfettamente sano. Anche sua madre m'assicurava che sebbene continuasse a poppare da lei e che l'allattamento continuase tuttodì non gli aveva mai scontrata forma alcuna nè alla bocca nè altrove. La madre continuava ad allattare il suo bambino che io esaminava tutti i giorni, anche due volte. Al quindicesimo giorno di sua entrata nella infermeria (epoca nella quale la papula mammaria della madre era quasi scomparsa sotto l'influenza della cura mercuriale interna e della cauterizzazione) scopriva sulla lingua del bambino, verso l'apice ed alla parte destra, un piccolo punto bianchiccio il quale stette stazionario per poco tempo. In capo a 10 giorni si dilatò e raggiunse la grandezza e la forma di una mezza lente applicata alla lingua per la sua faccia piana: era indolente a quanto parvemi, molle ed opalina. Solamente in allora avvertiva un leggiero ingorgo adenico, non apprezzabile per lo addietro alla regione sottomascellare destra.

Questa papula scomparve poco a poco colle ripetute cauterizzazioni, *rimase sempre intatta nella sua continuità,* e fu susseguita dopo trenta giorni della sua prima manifestazione da piccole papule cupree, molli, alle pieghe cutanee degli arti inferiori ed alle braccia. L'aspetto del bambino era florido, mangiava molto ed era vivacissimo.

In queste due osservazioni si può escludere nettamente il sospetto, che le papule mucose alla lingua dipendessero da sifilide ereditaria. Le forme iniziali derivano l'una da un' ulcero trasformatosi in papula, l'altra da un'ulcero; furono accompagnate dall'adenite specifica, *e non si esulcerarono mai.* E senza contare delle altre che la scienza già possiede consimili a quelle che ora esposi, noi avremo due casi ben sicuri e senza eccezioni contro de' quali non varranno, nè le ipotesi nè le teorie. Certamente che non è facile sorprendere la natura ed invigilarla attentamente nelle sue evoluzioni; ma una volta però certi che questi fatti si avverarono, noi abbiamo nelle mani argomenti più che sufficienti a combattere la teoria del Rollet, ed a provare che se (in alcuni casi) nel loro decorso le papule primitive si esulcerano, questo fatto non è necessario ma epifenomenale, accidentale, e che non può per sè dare il nome di ulcero all'accidente primitivo: che quindi anche in questi loro si compete il nome di papula.

Ed infatti come chiamare col nome di ulcero quelle papule iniziali che non presentarono mai nel loro decorso un periodo di ulcerazione, senza rinunciare alle nozioni di patologia generale, dirò quasi al senso comune? Oppure, come chiamar ulceri, quelle papule, che dopo aver esistito primitivamente e come tali alcuni giorni, terminano poi coll'esulcerarsi. In allora tanto fa, ripeto, che alle papule che sviluppansi come sintomo secondario si imponga il nome di ulcero, perchè in moltissimi casi hanno per ultima fase l'ulcerazione.

L'ammettere che la papula mucosa può essere sintomo primo della sifilide, non vuol dire che questa papula la si debba collocare fra i sintomi secondarj; essa si comporta precisamente come l'ulcero primitivo infettante, cioè ha periodo di incubazione proprio, ed è separata dagli altri fenomeni di sifilide che le succederanno, da un'altro periodo incubatorio: ambedue hanno l'adenite specifica che l'accompagna. Forse che sia necessario, che la sifilide entri in un'organismo per mezzo di un'ulcero? Oppure il virus sifilitico non può venir depositato sopra la cute della mucosa, e là esercitare la sua prima azione senza il fatto dell'ulcerazione? Io non lo credo; questo virus può venir a contatto con un punto di cute o di mucosa in opportune circostanze, sviluppare la papula, poi l'adenite concomitante specifica, e senza che questa papula

abbia a presentare lesioni di continuità, costituirsi come inizio della sifilide. Lo Sperino e la sua scuola vorrebbero che tutti i sintomi di sifilide secondaria si trasmettano sempre per mezzo di una papula, mai per l'ulcero; io senza sottoscrivermi a quest'altra teoria, perchè sono poco amante dell'esclusivismo, convengo però che in una gran parte di casi la lesione primitiva sia una papula esulcerantesi più tardi, oppure una papula che mantiensi tale in tutto il suo decorso; ma che d'altra parte non manchino assolutamente degli esempj chiarissimi che dimostrino ad evidenza come la sifilide secondaria, si trasmetta mediante ulceri molli od induriti, esordienti o da una erosione accidentale o da una pustula.

Le condizioni sotto le quali accade l'innesto naturale del virus sifilitico proveniente dall'accidente secondario, le condizioni del soggetto contaminato, lo stato della cute e della mucosa ove depositasi il virus, e moltissimi accidenti che alterano il regolare andamento del prodotto d'inoculazione naturale, valgono ad impartire aspetti varj alla prima espressione della sifilide.

Dunque a me pare che la scienza non possa accettare sotto il nome di ulcero, una papula che non presenterà mai lesioni di continuità in tutta la sua esistenza e che non ripugni secondo i principj di patologia generale, l'ammettere questa papula come uno dei sintomi primi del contagio celtico.

Dunque studiamo la natura in sè, e deduciamone corollarj i quali non importa se siano numerosi; ma non facciamoci a crescer leggi assolute e non obblighiamo la natura ad uniformarvisi.

CAPITOLO V.

CURA DELLA SIFILIDE.

Prevale assai generalmente l'opinione che la sifilide abbandonata a sè stessa vada sempre di male in peggio, interessi nel progredire organi più profondi e più importanti, e termini probabilmente colla morte. C'è molto a dubitare che questa opinione sia corretta, almeno per quanto risguarda l'invariabilità di essa; è rarissimo, se pur succede, che si lascino andare senza cura individui sifilitici, ond'è che ci resta poca o nessuna opportunità per osservare il progresso naturale della malattia. È un fatto che certi casi, non ostante i rimedj, proseguono un decorso disastroso; non pertanto non possiamo dedurne logicamente che sarebbe stato lo stesso di altri che terminarono favorevolmente, se la cura fosse stata in questi meno completa, od anche fosse stata ommessa. È assai più ragionevole il dire, quantunque meno lusinghiero per noi, che nel modo istesso che l'arte riuscì impotente nel primo caso, nel secondo non può attribuirsi che uno scarso merito.

Io ebbi frequenti opportunità di osservare il corso naturale della sifilide; e molte circostanze mi indussero a credere che, spesso e in favorevoli condizioni, questa malattia tende a limitarsi. Mi colpì il fatto che alcuni pazienti, i quali o per trascuratezza o per ignoranza non fecero alcuna cura, godano non pertanto in paragone, di un discreto benessere, e dopo diversi accessi di sintomi generali per un certo numero d'anni, finiscano col non esserne mai più disturbati; forse la malattia giace latente nell'organismo, ma cessò di manifestarsi con forme esterne. Altra prova e ancor più chiara della tendenza che ha la sifilide a limitarsi, la possiamo trovare nei molti casi nei quali s'è pur istituita e seguita fedelmente una cura, eppure non ostante tutta l'abilità del curante, non ostante tutta l'obbedienza del paziente, la malattia ricorre ripetutamente, poi alla fine scompare, senza che si possa attribuire quest'esito

felice all'effetto cumulato dei rimedj o all'uso prolungato di essi, i quali rimedj poi non diedero effetto duraturo nei precedenti accessi. È questo un fatto che ebbi a vedere assai frequente; onde io, quando mi capitano dei pazienti scoraggiati pel ricomparire di sintomi ch'essi supponevano guariti, non esito a rassicurarli che questa inclinazione alla recidiva cesserà probabilmente in un certo tempo, e si troveranno alla fine in buonissima salute; però neanche dopo una lunga cura, non garantisco l'immunità pel futuro. Mi ricordo di un buon numero di pazienti che curai per sifilide costituzionale otto o dieci anni sono; in essi la malattia ritornò ripetutamente e sembrò ingovernabile dalla medicina per un periodo da uno a tre anni circa, ma dopo d'allora andarono esenti da qualunque ulteriore incomodo; anzi alcuni di essi contrassero matrimonio e furono padri di figli sanissimi; onestamente io non posso attribuire la loro immunità presente solo ai rimedj impiegati, ma in parte anche al fatto che l'attività della malattia si è esaurita. [1]

Questa mia opinione sulla tendenza della sifilide a limitarsi o, come anche si può dire, alla *quiescenza spontanea,* opinione ch'io trassi dalla mia propria esperienza, or vedo che va d'accordo con quella di Diday, l'opinione del quale mi è ora nota da poco tempo. Anzi egli ne trasse un'eccellente opportunità per decidere questo punto, astenendosi nella maggior parte dei casi di sifilide da ogni cura, a meno che obbligatovi dall'urgenza dei sintomi. Dopo aver adottato per un certo tempo questo metodo, Diday dice d'essere stato assai colpito dalla regolarità di evoluzione e di successione dei fenomeni sifilitici; poi aggiunge che nella maggior parte dei casi la malattia non oltrepassa mai il periodo secondario; che dopo diversi accessi successivi, come per esempio di placche mucose, di eruzioni esantematose o papulose, ecc., i sintomi vanno perdendo di intensità; pare che il virus venga eliminato dalle forze naturali dell'organismo; scompare la tendenza a recenti manifestazioni, e se n'ottiene una guarigione spontanea e duratura. In pochi soggetti al contrario, osservò che la malattia diventava più seria col tempo, più grave; ond'egli ammette due classi di casi, nell'una la

[1] — Io sono pienamente convinto che tutte le forme costituzionali di affezioni sifilitiche, abbandonate ai soli poteri della natura, abbiano una costante tendenza ad esaurirsi. — EGAN, Syphilitic Diseases, p. 245.

sifilide decresce naturalmente, nell'altra cresce di intensità, nella prima egli s'attiene per la cura, ai soli mezzi indicati dall'igiene, nella seconda, adopera gli specifici senza però dimenticare l'igiene. [1]

Io non pretendo però di raccomandare un tal piano espettativo per la cura della sifilide; ci mancano ancora sufficienti prove per ritenerlo buono. Non ci vorrebbe che un uomo assai ardito per tentare questo metodo fuori di Francia, in onta all'opinione di tutti i medici del mondo, salvo pochissime eccezioni! Ammettendo anche che col tempo la sifilide finisca spesso da sè medesima, io credo fermamente che si debba fare una cura attiva, e pel bene del malato e per la sicurezza della società, pel primo onde non gli s'abbiano ad ammalare organi importanti e per evitargli la vergogna che incontrerebbe nel mondo il suo male, per la seconda affinchè s'abbiano a far cessare le fonti di contagio e impedire che s'estenda la malattia. Al tempo stesso, se non è sbagliata l'idea che ho emessa sulla spontanea quiescenza della sifilide in molti casi, non fu senza una certa importanza pratica che volli farla risaltare in principio di questo capitolo sulla cura, dove non era fuor di posto il considerare quale fosse l'esito naturale della malattia senza l'intervento dell'arte.

L'esperienza ci dimostra già da tempo che i rimedj specifici, perchè riescano di giovamento, non si debbono spingere fino a danneggiare la salute generale, e che non si devono somministrare affatto quando l'organismo è assai abbattuto, diversamente la malattia ringagliardisce e le condizioni del paziente peggiorano invece di migliorare. Eppure non ostante questa lezione, se il chirurgo crede che i soli mercuriali siano capaci di sradicare la malattia, per colui sarà assai difficile il frenarsi nel dare mercurio per una cura di sifilide; ma se invece è convinto che la natura non manca di forze per eliminare il virus, egli può attendere pazientemente che la salute generale sia migliorata, soddisfatto e persuaso che ogni ritardo pel quale si migliorano le forze vitali, non è tempo perduto. E chi non fu sconcertato e addolorato al ripetersi dei sintomi sifilitici dopo una lunga cura? Ma, non può darsi che la natura stia ancora proseguendo l'opera della cura, la

[1] Nouvelles Doctrines sur la Syphilis.

quale verrà trasferita con un esito felice a un tempo cui l'arte non può affrettare, come non può arrestare il progresso di un'eruzione di vajolo o di scarlattina? In breve, io non intendo dichiarare, tanto più colle prove che ci sono in contrario, che le forze vitali proteggano fino a un dato punto da tutte le altre malattie conosciute, bensì che sono impotenti contro i danni della sifilide; valutando come si deve queste opinioni, l'uomo dell'arte non si starà inerte, ma potendosene cavare miglior speranza di successo, sarà indotto invece a fare il possibile.

La cura dei primi sintomi generali e dell'ulcero infettante è la medesima.

Ambedue queste forme, secondo le idee professate in quest'opera, sono un effetto della contaminazione del sangue per virus sifilitico, quantunque nell'ordine misterioso della natura siano fra loro scostati da un intervallo di tempo che giustifica l'appellazione distinta di primario e secondario. Tosto che quindi s'arriva a riconoscere un ulcero infettante per l'indurimento della base della piaga e per l'ingorgo dei vicini ganglj linfatici, si può ritenere che la diatesi sifilitica siasi già stabilita; quindi bisogna ricorrere ai rimedj convenienti somministrandoli a lungo e colla stessa diligenza come se fossero comparse le manifestazioni secondarie.

IGIENE. — La cura efficace d'ogni caso di sifilide costituzionale dipende certo in gran parte dall'osservanza dei precetti igienici. La più diligente somministrazione dei rimedj specifici sarà di poco vantaggio, se il paziente non si sottomette alle necessarie privazioni risguardanti la dieta, il moto, l'amplesso, ecc. Molti individui sifilitici appena entrati nei nostri ospedali tosto migliorano, pel solo fatto che ivi son sottoposti a migliori influenze igieniche e sono obbligati a menare una vita regolata e ad astenersi da quelli eccessi che fino allora ne deprimevano le forze vitali, eludendo ogni tentativo sia dell'arte sia della natura per eliminare il virus dall'organismo. Pure ammettendo tutta la forza di questa verità, egli è impossibile il dare delle istruzioni dettagliate che siano applicabili ai diversi casi, poichè son tanto differenti le circostanze nelle quali versano i varj individui, che per necessità bisogna che le trascelga il medico stesso col suo criterio.

Supponendo che la vita quotidiana del paziente sia affatto dipendente dal nostro governo, e che la salute generale di esso lui sia buona, gli possiamo indirizzare a un di presso questi consigli: — Vostra cura principale per un certo tempo sia quella di sbarazzarvi dalla malattia. Evitate dunque assolutamente tutto quanto può impedirvi di ottenere questo scopo; e quanto più esclusivamente vi dedicate l' opera vostra, altrettanto crescerà la probabilità di riacquistare e ritenere la completa salute. Serbate abitudini sistematiche e regolate, specialmente riguardo ai cibi, al sonno, al moto. Gli eccessi d'ogni sorta devonsi evitare scrupolosamente. Non abusate nè fate troppo uso di stimolanti, di tabacco, di coito. Sceglietevi i cibi più semplici specialmente farinacei o di brodo; acqua, latte, the nero debole per sole bevande; carne fresca o pesce moderatamente una volta al giorno, qualche erba, qualche frutto, e lasciate la tavola appena vi sentite soddisfatta l'esigenza dell'appetito. Fate un po' di moto giornalmente ma senza affaticarvi. Guardatevi dai rapidi cambiamenti di temperatura, dall'eccessivo caldo o freddo delle località, dalle atmosfere fredde umide. Tenete una camera ben ventilata; tenetevi della lana sulla pelle e cambiatela sovente. Fate un bagno caldo due o tre volte la settimana alla sera prima di coricarvi. Fate in modo di scaricare l'alvo ogni giorno. Occupate la mente leggendo, o nella società di pochi amici, la compagnia dei quali non vi faccia trascurare i precetti ch'or ora vi diceva; e fate in modo di preoccuparvi il meno possibile della vostra malattia. —

Spesso gli affari, le necessarie occupazioni dell'individuo s'oppongono a che si mettano in pratica questi precetti; sono però rarissimi i casi nei quali non si possa adottare il programma almeno nei suoi particolari più importanti; potendo fare questo, non c'è nulla in contrario anzi sarà bene l'impiegare parte della giornata in qualche tranquilla occupazione che diverta la mente del malato dal suo stato, dalla sua malattia. Non bisogna però dimenticare, che l'accresciuta attività della vita richiede un nutrimento più largo.

Se ad un'epoca qualunque di tal regime succedesse che le forze del paziente avessero ad illanguidire, e che il malato indebolisca perdendo l'appetito, gli si conceda tosto una maggior libertà e quei cambiamenti di dieta che facilmente verranno suggeriti dal

criterio del medico, poichè quantunque sia desiderabile di mantenere le condizioni generali in uno stato poco al di sotto della piena salute, non c'è nulla da evitare maggiormente quanto la depressione dell'organismo.

Pressochè tutti gli autori che hanno scritto sulla cura della sifilide, ammettono l'importanza che si deve dare all'adempimento di questi precetti igienici, che hanno grandissima parte in certi metodi che vi espongono le regole loro con matematica esattezza, come nella così detta cura di fame e mercurio, nella cura colle decozioni di Zittman, nella cura secca degli Arabi. [1] Non è però bene l'adottare un sistema invariabile, che non tien conto delle condizioni diverse nelle quali possa trovarsi l'organismo, che mette così da parte il raziocinio, il criterio, cambiando in automi e medico e malato. Questi metodi senza incomodo, non possono riescire nella cura della sifilide. Ciascun caso individuale è un problema per sè stesso, in quanto che le condizioni vanno sempre cambiando, e richiedesi quindi un esercizio costante di osservazione e di giudizio.

I punti essenziali del piano igienico che qui proposi e che adottai da lungo tempo nella mia pratica, sono: la regolarità generale nella vita, cibi semplici, astinenza dagli stimolanti e vigilare le funzioni della pelle e della mucosa intestinale. L'osservanza di queste regole gioveranno anche nei casi di individui indeboliti da una vita dissipata, da una malattia di lunga data, o da altre cause. È questo un punto sul quale insisto maggiormente, perchè si veda quanto io sia lontano dall'idea che sia necessario o desiderabile il deprimere l'organismo onde effettuare una cura di sifilide. Al contrario trattandosi di individui di salute grama, si faccia il possibile per rialzarla meglio che si può; a questo scopo è sovente necessario il dare i tonici vegetali, chinino, ferro, olio di fegato

[1] La cura secca degli Arabi, quale fu comunicata da un medico arabo che visitò Marsiglia, è descritta dal signor BENOIT che la provò con soddisfacenti risultati, come fecero anche Lallemand, Broussonnet, L. Boyer, Tribes, Jaumes e Malinowski. Il paziente si astiene da' suoi soliti cibi, vive di biscotto, di mandorle, fichi ed uva secchi, per sola bevanda nelle ventiquattro ore prende un bicchiere o due di decotto di salsapariglia, e una pillola mercuriale la mattina e la sera. Gazette Hebdomadaire, maggio 4, 1860, dal Montpellier Médical, 1860, num. 1 e 2.

di merluzzo, nello stesso tempo che si danno i rimedj specifici; qualche volta anzi bisogna tralasciare affatto questi ultimi fino a che l'organismo non sia ridotto in condizioni tali da sopportarli. Il regime or indicato basterà generalmente a supplire le quotidiane libazioni di individui dati da un pezzo all'intemperanza, ma certe volte bisogna concedere una piccola quantità di vino o di birra o d'acquavite da prendersi col cibo.

È un fatto interessante che certe volte uomini senza alcuna cognizione medica, arrivano colla sola osservazione a raggiungere importanti verità. Or non è molto i giornali nostri parlando della recente lotta di forza e d'agilità tra il *Campione d'Inghilterra* e il *Campione d'America*, accennarono il fatto che quest'ultimo era affetto da *una delle peggiori malattie costituzionali*, la quale non era altro che sifilide; malattia che taceva per così dire colla vita agiata, ma che si sviluppava sempre ogni qualvolta egli sosteneva le fatiche della lotta e dei combattimenti.

I rimedj principalmente impiegati nella cura della sifilide, sono i mercuriali e l'iodio co' suoi composti. I primi esercitano la loro azione terapeutica specialmente sui sintomi secondarj, l'altro sui sintomi terziarj; ond'è che la suscettibilità di una data lesione all'azione del mercurio o dell'iodio, ci indicherà a quale stadio della malattia essa appartenga. Questa regola però non è così invariabile come sembrerebbe da questo enunciato, ed ha bisogno di una spiegazione.

Riguardo alla cura non c'è alcuna distinta linea di separazione fra le lesioni secondarie e le terziarie, bensì una graduata transizione dalle une alle altre. Nella cura dell'ulcero indurito e dei primi sintomi generali, l'agente di gran lunga più efficace è il mercurio; progredendo la malattia l'iodio incomincia a poco a poco ad esercitare la sua influenza terapeutica; quei sintomi che stanno sul limitare tra le manifestazioni secondarie e le terziarie e che costituiscono il periodo di transizione, come lo dice Ricord, richiedono una combinazione di mercurio e di iodio; finalmente i sintomi terziarj cedono molto facilmente all'iodio, assai difficilmente al mercurio, quantunque sia assai dubbio se l'iodio senza l'ajuto del mercurio possa guarirli in modo duraturo.

Mercuriali. S'incominciò ad usare il mercurio nella cura della sifilide, cinquant'anni all'incirca dopo il comparire dell'epidemia italiana, [1] e, per quanto sia stato fatto per soppiantarlo con altri rimedj, è ancora il miglior agente per combattere le lesioni secondarie. Al giorno d'oggi l'efficacia di questo rimedio in tal caso è ammessa oramai dai pratici e regolari e irregolari, i quali ultimi però l'amministrano per lo più furtivamente e porgendolo nascosto sotto altro nome. Esso è l'ingrediente attivo della massima parte dei *balsami vitali* e degli *estratti di salsapariglia,* coi quali si preconizzano meravigliose cure di *malattie segrete* dai giornali d'ogni sorta religiosi o profani. Lo danno anche gli omeopatici [2] più conservatori, per lo più in forma di protoioduro, ed anche gli *estremisti* che non confidano nell'azione dinamica delle alte potenze, i quali lo danno alla prima triturazione (una parte di mercuriale e novantanove di zucchero di latte) messo in vasellini involti in carta nera per impedire l'azione della luce.

Non si può adoperare una sola sorta di mercuriale per ogni caso e per ogni stadio della malattia. Un preparato che fa ad un individuo, spesso non conviene ad un altro, e qualche volta è altresì necessario il provarne diversi prima di poter scegliere quello più adatto al caso. Qualche volta ancora, dopo avere adoperato una forma per un certo tempo, l'organismo vi si abitua e bisogna prenderne un'altra; così si può aumentare l'azione terapeutica senza ricorrere alle larghe dosi, con danno o sconcerto del tubo intestinale.

Amministrando i mercuriali per un ulcero indurito che bisogna far guarire al più presto possibile, e per impedire che venga ad altri comunicato e per togliere il disturbo della piaga locale, op-

[1] Hæser (Historisch-Pathologische Untersuchungen, vol. I, pag. 230), secondo Virchow, cita un poema satirico composto da Georgius Summaripa di Verona, nel 1496, nel quale si fa cenno dell'uso del mercurio nella sifilide.

[2] Non è molto io aveva in cura un caso di irite sifilitica che curava con mezzo grano di protoioduro da prendersi tre volte al giorno; un amico del mio paziente, il qual amico è un distinto omeopatico di questa città, gli consigliò di prendere invece la medesima quantità sì, ma quattro volte al giorno.

pure quando si incomincia la cura dei sintomi generali i quali hanno tal carattere da obbligare in casa il paziente, o da essere contagiosi a chi lo avvicina, bisogna scegliere un preparato che possa agire rapidamente sull'organismo, per esempio le pillole bleu [1], il calomelano o la polvere grigia [2]. In principio però bisogna avere molta cautela nel dare mercurio, e somministrarlo a piccole dosi e scostate; poichè in genere non si conosce la suscettibilità del paziente, e bisogna evitare ad ogni modo la salivazione. Contrariamente a una regola assai comune ma nondimeno sbagliata, almeno per quanto concerne la cura della sifilide, la bocca s'ammala assai più facilmente alla prima cura mercuriale che non più tardi; ond'è che incominciando a dar mercurio la prima volta, bisogna essere molto diligenti.

L'analisi del sangue di persone con ulceri infettanti dà una deficienza di corpuscoli e un eccesso di albumina, e al comparire delle manifestazioni secondarie ci son spesso dei sintomi pronunciati di cloroanemia; è quindi bene l'associare un tonico al mercuriale come nelle seguenti formole: —

Pillole di mercurio [3] grammi 2.
Solfato di ferro 1 grammo.
Estratto d'oppio centigrammi 25.
M. e dividi in venti pillole.

Mercurio con creta [4] grammi 2.
Solfato di chinino 1 grammo.
M. e dividi in venti pillole.

[1] La farmacopea inglese prescrive così la massa pillolare bleu (Blue mass, Pilulæ hydrargyrii:
Mercurio 15 grammi (mezz' oncia), conserva di rose rosse 18 grammi (6 dramme), polvere di liquirizia 6 grammi (2 dramme); mescola il mercurio colla conserva agitando fino a che non si vedano più globuli, aggiungi la liquirizia e incorpora il tutto in una massa pillolare. - Tre grani di questa massa contengono un grano di mercurio (Lond. Coll.).

IL TRADUTTORE.

[2] È il nitrato ammoniaco mercuriale.

[3] È la massa pillolare bleu. V. la nota [1].

[4] Eccone la formola: Mercurio grammi 90 (3 once), creta preparata grammi 150 (5 once), mescola finchè non si vedano più globuli.

IL TRADUTTORE.

L'osservazione m'insegnò che l'aggiunta del chinino al mercurio faceva meno facile la salivazione, onde il chinino serve qui a due scopi.

Quando c'è un motivo speciale pel quale si voglia ottenere un'azione mercuriale pronta, si potrà raggiungere questo scopo colla combinazione di diversi preparati di mercurio meglio che con una sola, come nella seguente formola: —

Pillole di mercurio 1 grammo.
Cloruro di mercurio centigrammi 50.
Mercurio con creta 1 grammo.
Estratto d'oppio centigrammi 25.
M. dividi in 20 pillole.

Il meglio è cominciare con una di queste pillole mattina e sera, e se al quarto o quinto giorno non si vede alcun effetto, accrescere la dose fino a tre pillole al giorno. Tostochè l'ulcero va prendendo un aspetto migliore, o appena che i sintomi secondarj vanno cedendo, si continua senza alterare menomamente la cura, purchè o non incominci il rammollimento della mucosa della bocca o i sintomi cessino di migliorare; nel primo caso si sospende il rimedio, nel secondo se ne aumenta la dose.

Fuor che nelle circostanze or dette, nella cura dei sintomi secondarj io preferisco assolutamente e adopero nella mia pratica uno de' ioduri o il bicloruro di mercurio.

La dose del protoioduro è di due a tre centigrammi (mezzo grano) da darsi in pillola due o tre volte al giorno. Qualche volta aumento la dose fino a 10 centigrammi (due grani) nelle ventiquattro ore; non ebbi però mai alcun vantaggio collo spingere più in là; non s'ottiene che diarrea. Infatti la maggior opposizione che si possa fare a questo preparato è questa, che sovente produce dolori addominali e irritazione intestinale; nella massima parte dei casi però si può evitare questo danno col prendere la pillola un'ora circa dopo il pasto, quando lo stomaco non è vuoto, oppure se è necessario, coll'aggiungervi dell'oppio; se queste precauzioni non bastano, bisogna ricorrere a qualch'altra forma del minerale. I granuli zuccherati di protoioduro preparati da Garnier, Lamoureux e Co., ciascun dei quali contiene un quinto di un grano, sono

di un uso comodissimo, e per la suddivisione loro si può graduare la dose giorno per giorno secondo le indicazioni del caso.

Il protoioduro è la forma di mercuriale favorita da Ricord; è un preparato universalmente ed a ragione assai stimato. Sigmund [1] però, la cui vasta esperienza dà un certo valore alle sue opinioni, non ne parla troppo bene a motivo della tendenza di questo preparato a produrre diarrea, e lo crede di poco vantaggio fuor che nelle eruzioni sifilitiche papulose e pustolose, ed anche allora al di sotto di qualch'altra forma di mercurio.

Un mezzo conveniente per dare il biioduro di mercurio è quello di decomporre il bicloruro mediante l'ioduro di potassio, come nella seguente formola:

Bicloruro di mercurio centigrammi 10.
Ioduro di potassio grammi 2.
Acqua grammi 250.
M.
Un cucchiajo da caffè da prendersi due o tre volte al giorno un'ora dopo il cibo.

La formola favorita di Gibert, usitatissima all'ospedale Saint Louis e in altri ospedali di Parigi, conosciuta col nome di siroppo di biioduro di mercurio iodurato è la seguente: —

Biioduro di mercurio centigrammi 5.
Ioduro di potassio 2 grammi e mezzo.
Acqua grammi 5.
Filtra attraverso una carta e aggiungi:
Siroppo grammi 150.
M.
Dose: un cucchiajo da tavola.

Queste combinazioni del mercurio coll'ioduro di potassio sono altrettanto più giovevoli, quanto maggiore è il tempo che passò dall'epoca del contagio. Nelle lesioni secondarie antiche, io amministro sovente cinque centigrammi di protoioduro di mercurio a metà la giornata, e l'ioduro di potassio mattina e sera.

Ma sopra ogni altro preparato di mercurio sta il bicloruro; ha

[1] Wien Wochenschrift, 1859, num. 39.

una limitatissima tendenza a produrre salivazione, l'organismo lo tollera assai bene, lo si può continuare a lungo senza danno, e dà dei risultati assai soddisfacenti. Ond'è che conviene specialmente ai pazienti che stanno lontani dal loro curante, in coloro che sono suscettibili in particolar modo all'azion morbosa del mercurio e negli individui di costituzione rovinata, e in tutti quei casi nei quali è necessario di prolungare assai l'uso del mercurio, sia per migliorare i sintomi presenti, sia come profilassi contro futuri accessi. Ho veduto qualche caso di sintomi secondarj nella mia pratica, pei quali non avendo tosto adoperato il bicloruro, vi dovetti poi ricorrere più tardi e continuarlo per qualche mese, dopo aver dato un ioduro.

Il bicloruro di mercurio si può dare in soluzione o in pillole. Siccome si decompone assai facilmente, lo si unisce comunemente al cloruro d'ammoniaca. La dose media per un adulto è di un sedicesimo di grano (2 milligrammi circa), ma qualche volta lo si porta fino a un quarto od anche a mezzo grano (13, 25 milligrammi); nella cura della sifilide però, credo che sia rarissimo il caso in cui sia conveniente l'eccedere un ottavo (7 milligrammi) o un sesto (9 milligrammi) di grano, tre volte al giorno, a stomaco non affatto vuoto; anche a questa dose s'hanno spesso dolori e irritazioni intestinali.

Questo preparato di mercurio fu adoperato assai da Van Swieten [1], ed è l'agente del *liquore* così detto di Van Swieten; eccone la formola: —

Bicloruro di mercurio una parte.
Acqua novecento parti.
Spirito rettificato cento parti.

La dose media del liquore di Van Swieten è di un cucchiajo in un bicchiere d'acqua zuccherata.

La solubilità del bicloruro di mercurio nell'alcool e nell'acqua ne facilitano l'amministrazione in qualunque delle tinture o delle infusioni vegetali assai indicate negli individui anemici. Dato così, subisce senza dubbio una decomposizione parziale, ma però non

[1] Comment. XVII, 292.

perde l'effetto suo terapeutico. Io adopero spesso come menstruo la tintura di cloruro di ferro.

Bicloruro di mercurio.
Cloruro d'ammoniaca, ana centigrammi 15.
Tintura composta di china [1] grammi 90.
Acqua grammi 90.
M.
Dose: da un cucchiajo da caffè a un cucchiajo da tavola due o tre volte al giorno.

Bicloruro di mercurio centigrammi 20.
Tintura di cloruro di ferro grammi 12.
M.
Otto gocce contengono circa un sedicesimo di grano di bicloruro.

Per molte persone è assai più comoda la forma pillolare. Si sciolgono in poca acqua pura parti eguali di biocloruro di mercurio e di cloruro d'ammoniaca, aggiungesi del siroppo d'acacia e se ne fa una massa pillolare da dividersi a seconda del bisogno. È buono anche l'estratto di tarassaco, ma decompone più facilmente il mercuriale.

Si può dare il bicloruro nell'olio di fegato di merluzzo sciogliendolo prima in qualche goccia di etere solforico. Tenendo chiusa ermeticamente la bottiglia, il bicloruro sta in soluzione per lunghissimo tempo; ma se si lascia evaporare l'etere, il bicloruro precipita e non si scioglie più nemmeno coll'aggiungere dell'altro etere.

Bicloruro di mercurio centigrammi 10.
Etere solforico grammi 3.
Sciogli e aggiungi
Olio di fegato di merluzzo grammi 200.
M.
Un cucchiajo da caffè contiene un dodicesimo di grano di bicloruro.

Queste preparazioni mercuriali sono quelle che giovano meglio nella cura della sifilide, quantunqne però sian buone anche altre

[1] Eccone la forma: Corteccia di china grammi 120 (4 once), corteccia d'arancio grammi 90, serpentaria grammi 18, zafferano grammi 6, cocciniglia grammi 3, alcool rettificato grammi 500. Macera per sette giorni poi filtra. IL TRADUTTORE.

preparazioni, per esempio le pillole del Plummer, o il mercurio con carbonato di calce; quest'ultimo è il rimedio prescelto da Acton, dato alla dose di 25 centigrammi, tre volte al giorno. Montanier dice d'aver ottenuto vantaggio qualche volta dall'acetato di mercurio, quando non riuscivano gli altri preparati. [1]

Fumigazioni. — Le fumigazioni mercuriali, quantunque adoperate fin dai primi tempi della storia della sifilide, non s'ebbero molta riputazione se non in questi ultimi anni dopo che furono caldamente raccomandate da Langston Parker di Birmingham secondo il quale la cura della sifilide mediante questo metodo è — più sicura, più rapida, più certa, meno spesso seguita da recidive, più efficace nei casi ostinati — che non quando s'adopera altro metodo. Io feci un'esperienza abbastanza vasta colle fumigazioni mercuriali, e quantunque non sia disposto a impartir loro l' egual dose di encomj che ne fa il Dr. Parker, le ritengo però un mezzo buonissimo di cura in certi casi, e ch'io non credo s'abbia mai a metter da parte.

In quasi tutte le nostre città vi sono persone che fanno professione di amministrare queste sorta di bagni, e allora il chirurgo ne può approfittare con vantaggio e con maggior comodo di sè e del malato; ma quando non ci fossero gli apparati a questo scopo ognuno può averseli, direi quasi, in qualunque villaggio. Si fa una gabbia leggiera con delle liste di legno, abbastanza ampia per racchiudere il paziente seduto su una sedia comune, e si ricopre la gabbia di tela oleata ricoperta da una flanella; una porta sulla fronte della gabbia serve di ingresso e di uscita; a ciascun lato un'apertura circolare, alla quale s'unisce un tubo di tela sporgente all'indentro; al qual tubo il paziente può applicare la faccia per respirare dell'aria pura quando si senta oppresso dai fumi di mercurio; a fior di terra una piccola gattajuola per la quale il sorvegliante governa l'evaporazione del mercurio posto nel cavo della gabbia su un piatto di metallo sostenuto da un trepiedi, e sotto, una lampada a spirito di vino. Il vapore, requisito indispensabile pel me-

[1] Gazette des Hôpitaux, num. 19, 1856.

todo di Parker, si può ottenere da un bacino metallico con acqua scaldata da una seconda lampada a spirito posta sotto alla sedia del paziente; ma siccome si richiede una quantità di vapore più copiosa di quanto non se ne abbia in tal modo, sarà meglio adoperare una caldaja posta fuori della gabbia, e comunicante coll'interno di questa mediante un tubo di stagno o di gomma elastica, e sotto questa caldaja una larga fiamma di alcool; il vapore mercuriale si ottiene dal mercurio metallico, o meglio ancora dal calomelano, dall'ossido grigio, o dal biossido; se ne adoperano da tre a nove grammi per ogni bagno. Il paziente entra nella gabbia svestito, avvertendo di dimettere ogni ornamento d'oro perchè la superficie dell'oro non si amalgami col mercurio. L'effetto del bagno è maggiore tenendo dentro anche la testa e respirando il vapore, specialmente poi quando ci siano affezioni della bocca, della gola, del naso. Tosto che il paziente è seduto, si accende la lampada sotto al mercurio o al preparato mercuriale e si manda il vapore della caldaja nella gabbia. In pochi momenti si ottiene una profusa traspirazione; allora giova chiudere e diminuire la corrente di vapore d'acqua cinque o dieci minuti prima di terminare il bagno, poichè continuandola si debiliterebbe troppo il paziente. La durata complessiva del bagno è di venti minuti a mezz'ora. Si lascia raffreddare il paziente a poco a poco asciugandolo con lini secchi; Parcker consiglia di bevere dopo, una tazza di decozione calda di guajaco o di salsapariglia.

Questi bagni si ripetono due o tre volte la settimana; questo poi dipende anche dalle forze del paziente e dall' effetto che producono. Nel corso di questa cura, il paziente dovrà portare della flanella sulla pelle, osservare i precetti che gli suggerirà il medico quanto alla dieta, ecc., e internamente piccole dosi di mercurio o di ioduro di potassio. È raro che succeda la salivazione; le gengive però si ammalano sovente. Due o tre bagni generalmente producono un effetto sensibile sui sintomi che scompariscono rapidamente continuando le fumigazioni. Per lo più bastano dai dodici ai venti bagni.

Io non soglio ricorrere alle fumigazioni umide di mercurio, fuor che nei casi di sifilide vecchia, e quando il malato non sopporta il mercurio internamente; in tali circostanze queste fumigazioni umide sono giovevolissime. Quei casi nei quali i mercuriali per

bocca quantunque favoriti dall'oppio, non si possono portare a tal dose da vincere i sintomi, perchè si desta eccessiva salivazione o irritazione intestinale, e quei casi nei quali la malattia ritorna ripetutamente dopo che sembrava guarita, si curano meglio con questo metodo che non con qualunque altro ch'io sappia, tranne forse le unzioni. E nondimeno, succedono ancora delle recidive come con qualunque altro metodo, ed io non vi trovai quel grado di sicurezza per l'avvenire del malato, che pare abbia ottenuto Parker nella sua pratica.

Il maggior inconveniente delle fumigazioni mercuriali, è la facilità colla quale producono cefalea e indebolimento generale. Tentai di vincere questa difficoltà col diminuire la quantità di vapore di acqua, e abbreviare la durata del bagno; però non ne ebbi che scarso successo. Alcuni pazienti anzi ne soffrono tanto da dover sospendere o abbandonare affatto questa cura; in quasi tutti poi bisogna essere molto diligenti per evitare spiacevoli effetti. Se il paziente si indebolisce, gli si consigli una dieta più nutriente, anche con un po' di vino da prendersi col cibo.

Si ricordi il lettore che le fumigazioni mercuriali non s'hanno a fare in una camera dove si stia abitualmente, e che dopo ogni bagno bisogna esporre a una libera ventilazione la stanza, altrimenti e l'atmosfera, e le pareti, e i mobili, ecc., possono impregnarsi di mercurio, e tornare dannosi al malato e a chi lo circonda.

UNZIONI. — La cura della sifilide mediante l'unzione mercuriale, ha in sè inconvenienti forse maggiori che gli altri metodi, onde non è generalmente adoperata, quantunque molti medici, e specialmente di Germania, ne abbiano molta stima. Sigmund per esempio, che fece uso delle unzioni mercuriali in 9379 casi all'ospedale di Vienna dall'anno 1842 al 1855, dice che questo è il modo più semplice e più efficace di trattamento delle forme varie di sifilide.[1] Le unzioni mercuriali si fanno come segue.

[1] Medical Times and Gazette, maggio 2, 1857; dal Wien Wochenschrift, 1856, num. 36.

Si preferisce una primavera calda o il principio dell'estate come epoca che meglio corrisponde allo scopo. Si prepara la pelle del paziente netta e morbida con qualche bagno caldo. Le frizioni si fanno sulla superficie interna delle cosce, delle braccia, e delle ascelle alternativamente, perchè operando sempre sulla medesima parte se ne avrebbe alla fine o abrasioni od irritazione. Il momento più favorevole della giornata è la sera prima di andare a letto; e allora si consuma una quantità d'unguento mercuriale da uno a tre grammi circa, soffregando per quindici o venti minuti sulla parte scelta, per esempio, sulle superficie interne delle cosce; se questa operazione vien fatta da un altro, costui si copra la mano con un guanto di pelle morbida spalmato di grasso onde non si assorba l'unguento; poi si coprono le parti fregate con della flanella durante la notte; il resto dell'unguento che rimane aderente alla pelle si lava alla mattina con acqua calda e sapone, dopo di che Sigmund consiglia di promuovere la traspirazione cutanea per due o tre ore, involgendo il paziente in coperte di lana. Il resto del giorno, fuor di cinque o sei ore, a letto o coperto assai e al caldo nella camera da letto. Le coperte e le lenzuola devonsi cambiare di frequente, e di frequente ventilare le camere dove sta il malato, avendo però cura nel tempo stesso che il paziente non prenda freddo. Semplice il regime dietetico; abolito il tabacco e le bevande alcooliche o stimolanti; se però il paziente è soggetto anemico gli si può concedere un po' di vino o di birra da prendersi a pranzo.

Sigmund dice di non aver mai trovato necessario di oltrepassare le quaranta frizioni in tutto, contandone una al giorno, e che bastano in genere dalle venti alle trenta. Nei soggetti deboli bisogna sospendere certe volte le frizioni per una settimana, per quindici giorni, e ciò una volta o due nel corso della cura; come anche succede qualche rara volta di dover abbandonare completamente questo metodo di cura per l'eccessiva debolezza che ne dipende, per l'eccessiva traspirazione o per la salivazione.

Nella mia pratica non potei però mai instituire questo metodo di cura così metodicamente come lo consiglia Sigmund: spesso però ricorsi alle frizioni mercuriali, senza il processo sudorifero, senza obbligare il malato in casa, e ne ebbi nondimanco felicissimi risultati.

Quando un paziente in corso di cura mercuriale, vien preso da

diarrea cui non arrivano a frenare gli oppiati, oppure quando si lamenta di aver perduto e appetito e forze, o che tutti i cibi gli sembrano eguali, allora col sostituire i tonici al mercurio internamente e ricorrendo alle frizioni mercuriali, si otterrà in genere un favorevole cambiamento nelle sue sensazioni, agendo così in pari tempo abbastanza bene anche sui sintomi sifilitici. Nella sifilide dei bambini, per esempio, le unzioni mercuriali sono pure il miglior metodo di cura.

Gli antichi scrittori di malattie veneree, avvisano di non fare l'unzione mercuriale al di sopra di una cavità sierosa, come sarebbe, per esempio, sull'addome, sul torace, e ciò essi dissero non senza ragione, se però *possiamo* credere al seguente caso riferito da Bassereau:[1] —

— Feci una volta l'autopsia di una donna morta di peritonite acuta, e che era stata curata per cinque giorni con delle unzioni mercuriali copiose sull'addome. Aprendo il corpo, trovai nella cavità del peritoneo, fra l'utero e il retto, circa un cucchiajo da caffè di mercurio metallico. Parmi d'aver già letto di simili casi. Se la donna non fosse morta di peritonite, che ne sarebbe succeduto del mercurio che erasi in tal modo filtrato attraverso la pelle e la musculatura addominale? —

Che si deve pensare di questo caso? Per sè stesso, pare incredibile; eppure Bassereau era un osservatore diligente, era uomo di onestà inappuntabile. Decida il lettore.

Prima di incominciare la cura della sifilide costituzionale, il paziente è spesso ridotto assai debole e languente, ciò che è effetto della malattia; coll'uso dei rimedj, migliorano e le forze e lo spirito, e si sente assai meglio, più attivo, più contento; continuata la cura per qualche tempo, succede non di rado che quantunque i sintomi siano sempre andati migliorando, ritorni l'abbattimento senza che il malato sappia trovarne una causa soddisfacente; egli non sa spiegare questo suo abbattimento, questo sconforto morale, ma non è per questo men vero. Questa condizione dipende senza

[1] Affections de la Peau, ecc.

dubbio dall'influenza del mercurio; io trovai però sempre che cede col sospendere i rimedj specifici, con qualche catartico o senza, cambiando aria e vita per qualche giorno, ben inteso quando lo si possa. Io credo che la combinazione dell'oppio col mercuriale, adottato comunemente, serva non solo a limitarne l'azione sugli intestini, ma anche a diminuire la sensibilità del sistema nervoso, rendendolo così maggiormente tollerante all'uso continuato dei rimedj specifici.

SALIVAZIONE. — Uno degli effetti spiacevoli più frequenti nella cura mercuriale e che è necessario far il possibile per evitare, è la salivazione; un tempo però la si reputava un risultato desiderabile di cura, e si credeva che favorisse la cura della sifilide. L'effetto terapeutico del mercurio precede senza dubbio la sua stessa azione morbosa; questi due effetti nondimeno sono spesso separati solo da un breve intervallo, certe volte anzi sembra che si determinino nello stesso tempo. Osservando diligentemente i fenomeni che susseguono dopo aver incominciata una cura mercuriale, scegliendo a preferenza un caso che non abbia pur anco subita alcuna cura, nel quale caso gli effetti del mercurio sono in genere assai più chiaramente pronunciati, troveremo che per lo più sono come segue: nei primi pochi giorni non si vede alcun miglioramento nei sintomi, anzi possono anche peggiorare; può darsi che l'ulcero continui ad estendersi in superficie o che si manifestino nuove lesioni secondarie; in breve però la piaga primaria incomincia ad assumere un aspetto migliore, incominciasi a vedere il processo di cicatrizzazione che si avanza dalla circonferenza al centro; la base indurita e l'indurimento dei ganglj linfatici vicini perdono qualche cosa della loro durezza cartilaginea; oppure incomincia a scomparire l'eruzione sifilitica. Ora se si continua il mercurio, anche senza accrescere la dose, è raro che a questo punto non si manifesti il rammollimento della mucosa della bocca, e ciò succede sovente al secondo, al terzo giorno dopo che si era notato un certo miglioramento nei sintomi. Solo in pochi esempj il miglioramento dei sintomi coincide con una spiegata salivazione; in tali casi l'azion del mercurio è così rapida, che facilmente non si avverte l'intervallo fra l'azion terapeutica e la salivazione. Continuando il mercurio quando è già incominciata la salivazione, l'azion terapeutica

dello specifico non cresce, anzi nella maggior parte dei casi i sintomi peggiorano.

Da queste osservazioni si deduce quindi il precetto pratico che: la cura specifica della sifilide dev'essere continuata fino al dolore della gengiva onde essere sicuri d'averne ottenuto un pieno effetto terapeutico, ma che non la si deve però spingere deliberatamente fino alla salivazione, non mai poi al di là di questo punto.

Ho già accennato il fatto che la salivazione è assai più facile in una prima cura mercuriale che non nella seguente nel medesimo individuo; l'organismo s'abitua a tollerare la presenza del mercurio coll'uso ripetuto di esso. È questo un fatto che mi riuscì così evidente nella mia pratica, che mi fa sorpresa il vedere come non sia stato così per altri osservatori, quantunque non si possa dire che sia stato ignorato da altri autori. Non è molto, ne ebbi un bellissimo esempio. Venne da me un signore con roseola sifilitica; gli prescrissi dei mercuriali, in seguito a questi scomparve l'eruzione in dieci giorni, ma ne ebbe una tale stomatite ch'io sospesi il rimedio coll'intenzione di riprenderlo tra breve. A motivo di diverse circostanze si dovette tardare, e, in tre settimane circa, comparve un eruzione papulosa a placche che si coprivano di squamme. Ricominciai immediatamente la cura mercuriale, ma ebbi però non poca difficoltà ad ottenere il più piccolo effetto sia sui sintomi, sia sulle gengive; ci vollero sei settimane per questo e riprovando diversi preparati mercuriali, e modi diversi di amministrarli comprese le fumigazioni; allora la bocca s'ammalò una seconda volta e i sintomi migliorarono.

Ci son dei pazienti i quali assicurano il medico ch'essi sanno per esperienza anteriore, d'essere estremamente sensibili all'azion del mercurio; ma non è poca poi la sorpresa loro quando vedono di poterne prender una gran quantità impunemente non solo, ma con molto vantaggio dei sintomi e dello stato generale.

Il primo indizio dell'azion morbosa del mercurio sulla bocca, quello che più facilmente colpisca l'attenzione del paziente, è il dolore delle gengive; lo si avverte tosto precisamente al di dietro dei denti incisivi superiori, e posteriormente ai denti molari della mascella inferiore. Quando incomincio una cura mercuriale, io avviso sempre il paziente di questi fenomeni, e lo am-

monisco di sospendere tosto il mercurio appena che si manifestano e di venire da me; è questa una buonissima precauzione, che certe volte però viene esagerata dagli individui timidi, i quali immaginano d'aver ammalata la bocca molto tempo prima di quello che sia veramente. Ho veduto dei casi nei quali gli incommodi che accompagnano lo svilupparsi di un dente della sapienza, furono giudicati salivazione mercuriale; oltre a queste, sonvi pure altre cause che possono dare dolore delle gengive e alito fetente. È quindi bene che il medico esamini diligentemente la bocca prima di incominciare una cura mercuriale, onde egli possa determinare più tardi fin dove le alterazioni della bocca stessa siano da attribuirsi all'azione del mercurio.

Altri segni rilevanti della stomatite mercuriale sono: il sapore metallico della bocca; l'odor fetido dell'alito, il qual segno però non è caratteristico, perchè può essere perfettamente simulato dal cattivo odore prodotto dalla mancanza di nettezza, o dalle gengive altrimenti ammalate; l'accresciuto flusso della saliva; una sensazione nei denti come se fossero più lunghi, e una dolorosa sensibilità quando si toccano fra loro; la lingua gonfia, coll'impronta dei denti sul margine; tumefazione della membrana mucosa delle gengive, delle guance, delle labbra; loquela e deglutizione difficile; ingrossamento dei ganglj linfatici vicini; certe volte febbre e irritabilità nervosa esagerata; nei casi eccessivi, ulcerazione delle parti molli fino alla perforazione della guancia; caduta dei denti; carie degli alveoli e degli ossi mascellari.

Col metodo prudente di dare mercurio che si adopera adesso, è raro che si abbia una salivazione eccessiva, e, quand'anche abbandonata a sè stessa, sospendendo il mercurio finisce in otto o dieci giorni. C'è però da far molto per abbreviarne la durata ed alleviare gli incomodi al paziente. Si ottenga un effetto purgativo abbondante; si promuovano le funzioni cutanee coi bagni caldi e colla flanella sulla pelle; siccome gli incommodi maggiori sono la gran difficoltà a inghiottire, l'eccitabilità nervosa e l'insonnio, bisogna che il nutrimento sia dato in forma di liquido e concentrato, per esempio brodi di carne assai carichi; si otterrà il riposo e il sonno colle polveri del Dover e coi pediluvj senapizzati alla sera. Mescolando quindici a trenta grammi della soluzione di Labarraque di cloruro di soda in duecentocinquanta grammi di acqua, si ha un eccellente gargarismo per questi casi.

Quantunque questi mezzi non si debbano assolutamente metter da parte, pure la cura più diretta, più efficace della salivazione, sta nell'azione del clorato di potassa. Io preferisco per lo più venti o trenta grammi di questo sale in polvere, e insegno al paziente di scioglierne da uno a due cucchiaj da caffè in 500 grammi di acqua, o d'acqua e latte, o d'una infusione o decozione, o d'un veicolo qualunque. Questa soluzione devesi adoperare calda, e deve essere vicina sempre al paziente, in modo ch'egli possa sciacquarsene la bocca ad ogni momento, poi inghiottirne una parte. Bastano nelle ventiquattro ore dai cinquecento ai mille grammi, e metà di questa dose internamente, in modo da trangugiare press'a poco quattro o sei grammi di clorato [1].

È certo che il miglioramento che si vede quasi sempre nei sintomi coll'uso del clorato, dipende dal rimedio e non dall'aver sospeso il mercurio solamente, poichè la stomatite spesso ritornerà, cessando troppo presto di dare il clorato. L'azione terapeutica del clorato fu verificata anche dagli esperimenti di Ricord, i quali dimostrano che la stomatite va guarendo colla cura del clorato, pur continuando il mercurio, spesso anche accrescendone la dose; e che il clorato può adoperarsi come profilattico fin dal principio della cura, in quegli individui che sono in modo speciale suscettibili all'azione morbosa del mercurio, senza che l'effetto del rimedio abbia a danneggiare l'andamento dei sintomi sifilitici. [2] È un fatto confermato anche da Laborde. [3]

Durante la cura mercuriale, a prevenire la salivazione, gioverà assai l'osservare molta nettezza della bocca, e non esporsi ai rapidi cambiamenti d'atmosfera e all'umido; queste precauzioni si

[1] Questa dose di clorato potassico, continuata ordinariamente per quattro, cinque giorni, ottiene un'effetto soddisfacente, se la stomatite mercuriale non è molto grave, come ai giorni nostri in cui non si usa più così sfrenatamante il mercurio. Alcune volte però sebbene l'affezione boccale non sia tanto appariscente, sebbene il malato sia da poco tempo assoggettato alla cura mercuriale, la stomatite è ben poco influenzata dalla dose di clorato potassico, ordinaria; e talvolta è necessario di portarla ai dieci persino ai quindici grammi nelle ventiquattr'ore. Sciolto in mezzo chilogrammo d'acqua zuccherata o di decotto d'orzo dolcificato.

A. Ricordi.

[2] Ricord, Leçons sur le chancre.

[3] Laborde, Gazette des Hôpitaux, 24 aprile, 1858.

debbono continuare per qualche tempo dopo sospesa la cura. Pulire i denti con una spazzola diverse volte al giorno, sciacquare la bocca con qualche gargarismo astringente, come sarebbero la tintura di mirra diluita, o una mescolanza di parti eguali d'acquavite e d'acqua con un po' d'allume. Conosco un medico di campagna che fu preso da una profusa salivazione un mese dopo che aveva cessata la cura mercuriale, perchè s'era esposto alla pioggia nell'esercizio della sua professione. Quanto alle apprensioni che hanno molti pazienti circa le bevande fredde, io le ritengo affatto infondate, qualora però non vi si associano altre condizioni igieniche.

Il giovane medico però non deve credere che la salivazione sia il solo indizio che l'organismo trovasi completamente sotto l'influenza del mercurio. Ci sono alcuni pazienti i quali pare che non possano avere la salivazione per quanto mercurio essi prendano; ma in questi individui, il punto di saturazione, per così dire, ci viene indicato in altri modi, per lo più colla perdita dell'appetito, con un generale malessere, abbattimento morale, diarrea, o coll'ulcerazione della superficie interna delle guance su una linea corrispondente al margine libero dei denti molari, la quale ulcerazione si può prendere facilmente per un'ulcero sifilitico. Colla dovuta cautela però, si può benissimo evitare ogni serio inconveniente; basta il ricordarsi che l'abbattimento dello stato generale del paziente durante una cura mercuriale, che il sopravvenire della diarrea dopo un certo tempo che si tollerava bene il rimedio, o qualunque tendenza al processo ulcerativo, debbansi ritenere quali segni assai sospetti e bisogna esaminarli assai bene prima di procedere oltre colla cura.

Gli altri effetti morbosi del mercurio, come per esempio, l'eruzione cutanea (eczema mercuriale) che sussegue qualche volta alle unzioni, il tremito mercuriale ed altre affezioni del sistema nervoso, l'anemia e la cachessia mercuriale, ecc., sono così rari al giorno d'oggi, ch'io rimando il lettore che ne voglia la completa descrizione alle grandi opere di Materia Medica, e specialmente all'ammirabile trattato del professore Stillé. [1] Ci pare appena possibile che un medico

[1] Therapeutics and Materia Medica, by ALFRED STILLÉ, M. D. Fil. 1860.

qualunque educato alle idee moderne sulla cura della sifilide, possa spingere l'uso dei mercuriali fino a far nascere i più gravi effetti morbosi di questo minerale.

Al mercurio furono altresì attribuiti molti danni, dei quali esso è affatto innocente, ed è cosa che fa dispiacere il vedere come tali errori siano stati promulgati e raffermati nella mente di un pubblico o timido o ignorante, da alcuni membri stessi della professione.

Faccio osservare ch'io non nego niente affatto la potente azione del mercurio tanto in male quanto in bene, nè che sia spesso adoperato senza necessità e senza giudizio, a danno della salute e con peggioramento delle malattie che si vogliono curare; ma l'ascrivere all'uso di esso molte delle tarde manifestazioni di sifilide, per esempio l'irite, l'orchite, e le lesioni terziarie in genere, che si sa sopravvengono in quei casi nei quali non s'è amministrato mercurio, e che non s'incontrano mai quando si dà il mercurio per altre malattie che non siano sifilide, nè in quegli individui che lavorano costantemente il mercurio, è una dottrina senza fondamento e dannosa, dottrina che ricade sulla professione nostra ancora, e ne impedisce l'agire, quando questo minerale diventa uno dei doni migliori concessi all'uomo dalla natura.

La mente del pubblico è assai facile ad accogliere ogni storia meravigliosa dei tristi effetti dei medicamenti, e molti ciarlatani trovano il conto loro nel confermare tali illusioni; devesi quindi usare tutta la cautela per non essere strascinati al di là dei limiti della verità e della sana osservazione. Come esempio in proposito, possiamo citare la supposta identità di affezioni delle ossa per discrasia mercuriale e per sifilide, fondata principalmente su una relazione di Hermann [1] sulle malattie che prevalgono fra i lavoratori di mercurio nelle miniere di Idria; questa relazione divenne di tale importanza, che mi si perdonerà s'io cito qui una critica che ne fece Virchow, dalla quale emerge quanto sia poco conclusiva codesta relazione.

Ecco le parole di Virchow: — Hermann pubblicò la relazione di alcune ricerche sulle malattie che si osservano a Idria; ricerche

[1] Wien. Wochenschrift, num. 40-43: Times and Gazette, 11 giugno, 1859.

basate sull'osservazione personale e sulle informazioni date dal Dottore Goerbez, dalle quali Hermann conclude che una serie di affezioni che si ritengono comunemente appartenere alla sifilide costituzionale, dipendono invece da avvelenamento mercuriale. Io confesso che, leggendo la sua memoria, trovo per me assai difficile l'andar d'accordo con esso lui. Nell'anno 1856, 122 uomini dei 516 lavoratori, ebbero malattie che si ritennero effetti del mercurio. Fra queste non c'è un solo caso di irite, di orchite, o di tubercoli cutanei, e solo due casi di carie in pazienti che non erano impiegati alle fornaci, nel qual lavoro si è maggiormente esposti all'azion del mercurio. Hermann stesso vide trenta pazienti compresi i due con carie, uno aveva rammollimento della colonna spinale, uno con periostite e necrosi, cinque con dolori alle ossa. Nei due casi di carie, la carie era nelle articolazioni, il che non si osserva quasi mai nei casi di carie sifilitica. E ancora che cosa provano questi casi? C'è da far meraviglia che fra 500 lavoratori due siano affetti da carie? Come diremo che la periostite con necrosi fosse mercuriale e non traumatica, o reumatica, o scrofolosa? Non c'è nulla che dimostri che i dolori nelle ossa, rassomiglianti a quei dolori sifilitici che precedono le lesioni profonde dei tessuti ossei, avessero realmente un carattere specifico. Ognuno sa che v'è una cachessia mercuriale, che vi sono nevralgie, dolori reumatici, artrite, affezioni della bocca e della faringe, tremito, ecc., di natura mercuriale; ma per poter dire che queste lesioni sono identiche a quelle della sifilide costituzionale, ci vorrebbero altri e migliori argomenti, e un'osservazione più diligente. Assai bene dice Reder che chiunque abbia visto i sintomi secondarj può respingere le osservazioni e le conclusioni di Hermann. [1] —

Virchow aggiunge di non aver mai potuto trovare alcuna prova cui appoggiare l'asserzione sì spesso ripetuta, che i lavoratori nelle miniere di mercurio vanno soggetti a malattie delle ossa identiche a quelle che sono prodotte dalla sifilide; e che al contrario ebbe da'suoi colleghi informazioni affatto opposte. Mitscherlich verificò ad Idria che i lavoratori alle miniere non andavano soggetti a carie e tumori gommosi, il che è confermato altresì da un rapporto

[1] VIRCHOW, Sifilide costituzionale.

officiale di due medici di Almaden. Singer [1] assicura che quei lavoratori che sono esposti ai fumi di mercurio, per esempio i doratori e i capellaj, non s'ammalano di tali malattie, e Pappenheim [2] che descrive le malattie degli operaj che lavorano alla preparazione delle pelli di coniglio, non cita una sola lesione che rassomigli alla sifilide costituzionale. In breve, qualunque azione diretta del mercurio sulle ossa è per lo meno assai disputabile.

Quanto a me posso dire di non aver mai veduto alcuno degli effetti del mercurio che potesse ingannare un uomo dell'arte, e fargli credere a una forma qualunque di sifilide; le sole affezioni dei tessuti ossei che io osservai susseguire l'uso del mercurio, sono la carie dei denti e degli alveoli in alcune poche persone che furono spesso soggette a salivazione mercuriale; ma queste lesioni non sono che puramente secondarie ai cambiamenti nelle parti molli. Alcuni autori i quali ammettono che il mercurio sia da solo incapace di produrre sintomi rassomiglianti a sifilide, credono però che in qualche modo il mercurio possa combinarsi col virus sifilitico originando così una malattia meticcia che fu detta *idrargiro-sifilitica.* Io sospetto che quest'idea contraria ad ogni analogia, sia fondata sul fatto che il mercurio amministrato senza criterio deprime l'organismo ed aggrava la malattia esistente. Il semplice enunciato di questa importante verità, attira a sè tutta l'attenzione che si merita, assai più facilmente che non quando il fatto è nascosto da una ipotesi tanto disputabile.

Sonvi due aurei precetti da tenere presenti nell'amministrazione del mercurio; seguendo queste regole non si avrà mai a lamentare d'aver danneggiato il paziente: —

1. Non date mai mercurio se non quando la malattia è giudicata decisamente sifilitica; fuor che in pochi casi dubbj, nei quali lo si deve adoperare con tutta cautela, osservandone diligentemente gli effetti, fino alla decisione se convenga o no il continuarlo.

2. Non date mercurio agli individui già indeboliti; e in ogni caso, sospendete la cura tosto che la salute generale ne sembra soffrire.

Io fui spesso meravigliato della gran quantità di mercurio che

[1] Wochenblatt der Zeitsch der Wiener Aerzte, 1857, num. 12, pag. 197.
[2] Handb. der Sanitaets Polizei, Berlin, 1858, vol. II, pag. 5.

si può dare con vantaggio in qualche caso ostinato di sifilide; e mi accaddero anche certi casi di ripetuta recidiva della malattia, nei quali io stentava ad accrescere ancor più la quantità del mercurio, ma mi vi incoraggiavano insistendo i pazienti medesimi, già un tempo timorosi degli effetti del mercurio, ma poi abbastanza edotti per esperienza individuale dei vantaggi che ne avevano avuto.

Aggiunta di A. Ricordi. — È strano come lo spirito medico abbia tentato in tutti i tempi, di sostenere questioni le più assurde, le più contradditorie; come, mentre da una parte si continui a preconizzare e ad esaltare nuovi rimedj, che passano poi presto all'archivio farmacologico ad onta delle rapide e prodigiose guarigioni che si vuol loro attribuire, dall'altra poi s'abbia non solo ad impugnare accanitamente le virtù preziose di alcune medicine, ma attribuir loro per soprappiù delle proprietà funeste, in modo da condannarle e proscriverle dalla terapia: come si fece replicatamente riguardo al mercurio.

Questo rimedio che è uno dei pochi orgogli della terapeutica, non foss'altro che per la sua applicazione nella cura della sifilide, fu ed è tuttora minacciato nella sua giusta riputazione. È una reazione che fatalmente doveva accadere dopo l'uso immoderato ed irrazionale che si faceva di esso; precisamente come quella che sorse vivissima ed esagerata in questi ultimi tempi contro il cieco e deplorabile sistema di salassare. Queste reazioni hanno qualche cosa di ciclico, di predestinato, ed hanno anche un lato giovevole in quanto che insegnano a valutare più giustamente l'azione e l'effetto dei rimedj; nello stesso modo che l'omeopatia ebbe il vantaggio di far meglio conoscere le risorse dei poteri fisiologici.

La cura della sifilide senza mercurio fu ritentata più volte ma invanamente; sebbene a questo metallo si possono rinfacciare alcuni inconvenienti od alcune infruttuosità, ad onta della migliore amministrazione, ciò nulla meno la buona pratica farà sempre ad esso ricorso, e col migliore vantaggio se impiegato ragionevolmente e nei modi dovuti.

Molte delle supposte guarigioni della sifilide senza mercurio furono annunciate primieramente da Fergusson medico militare inglese, ne' quattro anni di sua dimora in Portogallo. Rose, Guthrie,

Dease, Arthur, Gordon, Thomson, Bartlet, Henne, ed altri molti convennero nella medesima opinione, che terminò poi col cadere.

Sorse in seguito la scuola fisiologica di Broussais, che proclamava la sifilide effetto d'irritazione che affetta l'interno del corpo come la scrofola; insomma una diatesi per prevenire o per curare la quale è necessaria la cura antiflogistica e l'astinenza; ed ecco quindi scaturire spontaneamente l'inutilità del mercurio. Le opere di Dubled, Bobiller, Richond, Jourdan, ecc., ne fanno fede. Il nostro Tommasini inculcava dalla cattedra a' suoi discepoli non doversi il mercurio tener per rimedio specifico contro la sifilide ma solamente come un ottimo antiflogistico. E nell'Ospedale Maggiore di Milano fuvvi un tempo nel quale consumavasi un vero delitto scientifico sull'ara del sistema fisiologico, col curare col più attivo e prolungato metodo antiflogistico gli accidenti venerei come sifilitici tanto primitivi che consecutivi.

Ma quando si sappia la confusione che esisteva in quei tempi sulle malattie veneree e sulla vera sifilide, quando adunque si tenga a calcolo che moltissime di quelle malattie che vennero annunciate per guarite senza specifico, saranno state affezioni affatto semplici, veneree; quando si tenga calcolo delle funeste conseguenze che avevansi nei veri sifilitici trattati col metodo dissanguante e colla cura famis; quando si pensi da ultimo che gli individui guariti senza mercurio, ma solo con decotti allora in uso, non furono sorvegliati per lungo tempo e non si tenne calcolo dei progressi del male in loro; avuto riguardo a tutto ciò, si potrà di leggieri comprendere qual valore possano avere le supposte guarigioni della sifilide senza mercuriali. Ed il nostro Morgagni che trattò diffusamente ed eloquentemente il soggetto dell'antimercurialismo, conclude che ad onta dei molti tentativi, si è però sempre ritornato all'impiego dello specifico.

Cessata poi l'influenza del fisiologismo, si ricorse di nuovo e generosamente ai preparati mercuriali d'ogni sorta, fino a che in Germania incominciò di nuovo la reazione assumendo anche un nuovo aspetto e più grave sotto la penna di Hermann, di Lorinser e di altri; fortunatamente che i reazionarj tedeschi, si son valsi d'argomenti che si possono confutare e respingere colla massima facilità! Recentissimamente anche in America fuvvi un filantropo, il dottor Carlo Drysdale, il quale, imbevuto da quanto di peggio si disse nell'antica

e moderna terapeutica concernente la sifilide, pubblicava un libro intitolato: *The treatment of syphilis and other diseases, without mercury,* la conclusione del quale è una calda preghiera a suoi confratelli, di valutare i tristi effetti, od i nessuni effetti che il mercurio ottiene nella sifilide e nelle altre malattie per le quali viene adoperato; ed un voto per la sua proscrizione. Questo libro è un eco dei pregiudizj del popolo, e quel che è peggio, appoggiati ed ingigantiti dagli antimercurialisti, e sebbene l'autore l'abbia fatto pel bene dell'umanità, quindi per un pio intendimento, pure ha in sè un'impronta tale di esaltazione e quasi di ridicolo che non merita una seria confutazione.

Dalla Germania l'antimercurialismo, pare tenda a ritornare in Francia. Il Diday nelle sue recenti lezioni sulla storia naturale della sifilide, riproduce più seriamente le sue idee già emesse da qualche tempo e delle quali più addietro tenne già parola il Bumstead: dopo aver detto esservi due sorta di sifilidi, l'una debole, l'altra forte, riserberebbe solamente a quest'ultima il trattamento mercuriale: essendo provato secondo lui, (ciò che non è assolutamente) che tutte le sifilidi deboli guariscono col solo trattamento, così detto igienico, partendo egli dal principio che la sifilide è un avvelenamento non una diatesi, che quindi il veleno può essere eliminato dall'organismo senza mercurio. In appoggio di questa sua novità il Diday riferisce 18 casi di sifilide che egli dice debole, i quali guarirono senza mercuriali. Questi individui così trattati si sarebbero mantenuti sani (contando dalla scomparsa dell'ultimo accidente sifilitico osservato in essi, fino all'ultima volta che il Diday li vide) la più parte da 3 a 6 anni; uno ad 8, uno a 9, e l'ultimo in fine a 16 anni.

Da queste osservazioni conclude il Diday, essere guariti perfettamente 16 individui sifilitici senza mercurio. Quindi il vantaggio esser grande poichè l'amministrazione del mercurio ha moltissimi inconvenienti; ptialismo, dispepsia, tremori, accidenti apoplettiformi, persino la follia [1]; e d'altra parte è impotente come preventivo

[1] Riguardo alla follìa mercuriale, la scienza non ha emesso ancora una opinione positiva. Può darsi che il mercurio amministrato in dosi eccessive e continuate possa affettare gravemente il cervello e produrre la follìa, ma sorge sempre il dubbio, se l'alienazione sia stata occasionata dal mercurio

degli accidenti generali, non preserva dalle recidive, e non corrisponde in tutte le forme di sifilide.

È necessario ch'io prenda, sebbene di volo, ad esaminare criticamente le nuove idee del Diday che a tutta prima potrebbero illudere, ma che realmente mancano d' una base solida come si vorrebbe nell'edificio d'una così seria teoria. Diday, ha scritto bene un libro di più, ma non ha arrecato utile alla scienza.

Le regole alle quali fa capo il Diday per stabilire se si debbe dare mercurio (sifilide forte), oppure se si possa fare senza (sifilide debole) non soddisfano nè speculativamente nè praticamente, egli dice se v'è roseola aspettate a dar mercurio, se invece sifilide vescicolosa, squammosa, pustulosa, amministratelo; se da ultimo trattasi d'una eruzione papulosa secca od umida aspettate e sorvegliate. Se alcune di queste forme scompajono con altri mezzi, che non siano mercuriali, e se ne succedono poi altre, si regolerà in modo che se quest'ultime non sono più forti delle prime, non si darà nemmeno allora mercurio. Se il saranno, in allora finalmente lo si amministrerà.

Dunque il metodo del Diday, in altri termini consiste nell'aspettare che la sifilide si spieghi con sintomi piuttosto gravi per curarla specificamente. Poichè non si creda il Diday che la statistica alla quale si appoggia per sostenere questo suo metodo stii in suo favore; la clinica osservazione ha registrato un'ingente numero di individui i quali furono attaccati da fenomeni leggieri di sifilide, scomparsi dappoi o spontaneamente, con cure mercuriali e individui che ebbero buonissima salute per più e più anni a segno da dimenticarsi quasi della prima infezione, che venne poi tardamente loro richiamata alla memoria dai fenomeni più o men gravi di sifilide. Non è adunque cosa nuova nella scienza se un individuo senza cura mercuriale guarisce apparentemente, ma non è men nuovo nè tampoco molto raro se dopo un lungo lasso di tempo è colpito da forme tardive della lue.

o dalla sifilide che ne richiese l'uso. Molti medici ed alienisti distinti propenderebbero piuttosto per questa seconda opinione. Par certo però che il mercurio amministrato ragionevolmente e secondo la buona pratica, sia affatto incapace di condurre il malato ad alienazione mentale di sorta, o d'essere occasione d'affettare il sistema nervoso in genere.

Io non voglio qui citare osservazioni cliniche in appoggio a quanto dico e ne avrei di evidentissime, poichè è una cosa banale per coloro che si curano degli anamnestetici dei proprj malati e mi appello anche al Diday istesso, e gli dico se egli non ha mai osservato di tali casi. Dunque l'essere trascorsi 4, 5, 8 anni dalla scomparsa degli accidenti sifilitici ammettiamo pur leggieri, senza cura mercuriale non vuol dire trattarsi di sifilide debole che è guarita perfettamente senza specifici, come dice il Diday de' suoi 18 malati. Tale guarigione perfetta non osano di ottenerla neppure coloro che amministrano bene il mercurio, e non può tanto meno esser certo il Diday d'averla raggiunta con qualche bagno a vapore o colla buona vittitazione.

Di più, domando al Diday, voi potete sorvegliare continuamente e per più anni tutti i vostri malati onde arrivare poi in tempo ad amministrare il mercurio se lo credete del caso?

È una cosa affatto impossibile nel maggior numero dei casi, ed intanto il malato nutrito generosamente e guarito apparentemente se ne va da voi in aspettazione d'un male che sarà quasi certamente peggiore.

Che se pur troppo le recidive si verificano in coloro che sono stati trattati coi mercuriali, io credo lo saranno molto di più negli ammalati trattati col metodo puramente analeptico del Diday. Il quale nella sua pratica dal 1855 al 1863, cioè d'otto anni, non sa render conto del suo metodo che in 16 malati; dei molti altri non ne avrà saputo più nulla, od almeno egli non ne parla.

O che il mercurio non neutralizza, non elimina il virus ed allora sarà inutile in tutte le forme di sifilide, od ha realmente quest'effetto ed in allora perchè non amministrarlo sul principio quando i fenomeni primi che ne indicano l'esistenza nell'organismo, sono generalmente lievi, onde in allora curarlo quest'organismo e guarirlo perfettamente o quanto meno mitigare d'assai le recidive?

La nocuità e l'impotenza del mercurio sono d'assai esagerate dal Diday contrariamente all'opinione de' più distinti sifilografi. Se questo rimedio viene amministrato debitamente e sotto le forme più adatte ai varj casi, gli inconvenienti che ciò nullameno possono derivare sono di non molto conto, non molto frequenti e scompajono poi in poco tempo; i vantaggi poi molto più evidenti e sicuri che colle altre medicazioni non specifiche, le quali possono bensì

modificare momentaneamente l'organismo, far scomparire in certi casi alcune lesioni locali, ma non avendo azione alcuna sul principio virulento, sono illusorie, e per servirmi delle parole del Robert « ils blanchissent le malade sans opérer un guérison soutenue ».

Volendo essere onesti noi non possiamo temere di troppo, condannare e proscrivere il mercurio. Se non ha l'infallibità, ciò che d'altra parte e pur troppo, non raggiunge alcun medicamento, è però certo che è uno dei migliori presidj che la terapia possegga. Se ha inconvenienti, noi sappiamo però la maniera di evitarli possibilmente o di combatterli.

Il trattamento analeptico del Diday è logico ed apprezzabile certamente, quando lo si faccia servire in via ausiliaria al mercuriale, da solo è affatto specioso e non può trovar eco favorevolmente nella buona pratica. Se il mercurio non può ordinariamente prevenire i fenomeni consecutivi della sifilide, se il mercurio non impedisce sempre le recidive, è certo però che modera ed attenua grandemente, quando non guarisce radicalmente, le manifestazioni celtiche.

Ammesso pure col Diday che la sifilide sia un avvelenamento, non una diatesi, non ne deriva per questo che debba guarire spontaneamente, e noi non dobbiamo essere inerti spettatori degli effetti di questo principio venefico, quando abbiam mezzi di frenarlo o di distruggerlo. E se la sifilide recidiva in alcuni soggetti, frequentemente ad onta delle cure specifiche le più appropriate, e che da ultimo scompare anche abbandonata a sè stessa, non possiamo noi credere più ragionevolmente ad un tardo effetto dei rimedj piuttosto che alla sua tendenza naturale ad esaurirsi; infine supposta anche questa tendenza, non è lecito il credere che sia stata favorita moltissimo dagli specifici? Mi pare, che nello stato attuale della scienza si possa ritenere, almeno nella gran maggioranza dei casi, che, « la syphilis n'est grave qu'autant qu'on lui laisse le temps de miner l'économie. »

Durata della cura. — È inutile il dire che la cura dev'essere continuata fino a che rimangono sintomi sifilitici. Persistendo questi si continuano i rimedj specifici in dosi graduate secondo l'effetto che si vede nelle condizioni generali del paziente, aumentando la

dose quando si manifestano nuovi sintomi o quando gli antichi cessano di migliorare; diminuendo invece od anche sospendendo affatto la cura per qualche tempo se si determina irritazione intestinale, salivazione, malessere generale, cachessia; in ogni caso si ricorra alle influenze igieniche, spesso anche ai tonici. Nei primi periodi della malattia, l'indurimento della base della piaga primaria e più spesso quello dei ganglj vicini, rimane anche dopo che sono scomparsi i sintomi meglio pronunciati di infezione costituzionale; bibisogna quindi continuare la cura fino a che siano dissipati anche questi indurimenti. Non si potrà predire alcun vantaggio duraturo fino a che la base dell'ulcero non abbia ripresa la solita mollezza o non presenti che i soli prodotti dell'infiammazione semplice, e fino a che i ganglj non abbiano perduta la loro durezza caratteristica; questi corpi però resteranno sempre percettibili al tatto e alquanto più grossi di prima.

Adempito a tutto questo che abbiamo detto, e scomparsa ogni traccia dell'alterazione radicale succeduta nell'organismo, tuttavia la esperienza ci dimostra esser necessario di prolungare ancora la cura, se pur vogliamo esser sicuri per l'avvenire. Sfortunatamente non si possono dare regole definite che ci insegnino fin quando si debba continuare; anzi è probabile che non si potrà fissare un determinato periodo, poichè la tendenza che ha la malattia a recidivare differisce assai nei diversi individui, ond'è che ogni regola diventa più o meno arbitraria. Diffatti noi troviamo che mentre alcune autorità in sifilografia sono pressochè concordi nel raccomandare la continuazione della cura anche dopo scomparsi tutti i sintomi, pure non sono d'accordo quanto alla durata di questa continuazione.

Alcuni prendono per punto di partenza il periodo che si impiegò nel domare i sintomi antecedenti, e vorrebbero che la cura si continuasse ancora per metà o per altrettanto tempo. Altri s'accontentano di un mese o sei settimane, senza badare alla precedente durata della cura; altri più prudenti consigliano un periodo di sei mesi a due anni.

C'è poi la medesima diversità di consigli quanto alla forma del mercuriale da adoperarsi, il modo d'amministrarlo, e fin dove lo si deve lasciar agire sull'organismo; alcuni preferiscono il bicloruro a piccole dosi, senza però spingerlo fino ad alterare le gengive;

altri adoperano qualche altro preparato più attivo ad intervalli, spingendolo fino ad affettare leggiermente la bocca; ed altri tengono il paziente in salivazione per tutto il tempo della cura profilattica.

Riguardo ai brevi periodi di qualche settimana consigliati da alcuni autori, io non esito a dire che, secondo me, sono affatto incapaci a prevenire una recidiva; spesso però non si può far di più, poichè i pazienti in genere ricusano di prender medicine per lungo tempo dopo che ai loro occhj ne cessò il bisogno; io sono convinto che la credenza nell'efficacia della cura profilattica continuata per periodi di tempo sì brevi, sia derivata da casi nei quali non comparvero mai sintomi secondarj, e nei quali furono presi per veri ulceri dei semplici ulceroidi. Ond'è ch'io mi metto volontieri con coloro che consigliano l'uso dei rimedj per un periodo di tempo diverso nei diversi casi, tra i sei mesi e un anno od anche più, dopo dissipate affatto le forme secondarie. Specialmente poi con individui maritati o che intendono conjugarsi, bisogna approfittare d'ogni precauzione per impedire una recidiva.

In tali circostanze i vantaggi del bicloruro sono assai grandi e probabilmente sufficienti a farlo preferire nella maggior parte dei casi. Induce meno facilmente la salivazione che non le altre forme di mercurio, ha un effetto meno deprimente sull'organismo, lo si può continuare a lungo in generale senza danno, non richiede una continuata sorveglianza per parte del curante, e così allevia al paziente, fino ad un certo punto, le spinosità della cura, e gli permettono di assentarsi e di attendere a' suoi affari; i quali vantaggi fanno sì che si possa continuare la cura, finchè è necessario; vantaggi che non sono di poca importanza, purchè però non vi si associno l'imprudenza o la trascuranza.

Amministrando il bicloruro come profilattico contro futuri sintomi, trovai conveniente di impiegarlo a larghe dosi fino a che vien tollerato, per esempio un ottavo di un grano due o tre volte al giorno, almeno per sei settimane o due mesi, dopo il qual tempo se ne diminuisce la dose a poco a poco. In diversi casi nei quali mi fermai a un sedicesimo o a un ventesimo di grano, ebbi la mortificazione di veder ricomparire recenti sintomi, precisamente sul finire della cura e mentre stava per licenziare il paziente.

Durante la cura profilattica si debbono osservare le medesime

regole igieniche come nei primi periodi della cura, avvisando particolarmente il paziente di non credersi affatto guarito, di non commettere quella qualunque imprudenza che possa essere causa di recidiva. Rimovere possibilmente la causa, se ve n'è alcuna che indebolisca l'organismo. Se mancano le forze, si sostengono coi tonici; sospendere pel momento la cura se si notano salivazione, irritazione intestinale o abbattimento nervoso; insomma mantenere le condizioni del paziente più prossime che sia possibile a uno stato di buona salute generale. Dopo aver continuato il bicloruro per sei mesi o per un anno, quando lo si possa fare senza danno dell'organismo, e quando il paziente vi si sottomette, importa poi il ricorrere all'ioduro di potassio, o solo od alternato coll'ioduro di ferro, per qualche mese ancora.

L'uso del bicloruro nel modo suesposto è la miglior cura nella maggior parte dei casi; però certe volte si debbono preferire altre forme di mercurio. Ebbi ad osservare, per esempio, dei casi nei quali parve che il bicloruro fosse affatto incapace a impedire una recidiva, e si dovette ricorrere ad un ioduro od alla fumigazione mercuriale.

Avrà capito il lettore ch'io parlai della sifilide secondaria e non del terzo stadio. Per quest'ultimo ci vogliono alcune modificazioni che indicheremo fra poco.

L'estesissimo campo di osservazione di Ricord e la sua giusta celebrità, meritano che qui trovi posto la descrizione del suo metodo di curare la sifilide secondaria.

Fintanto che rimane qualche sintomo di sifilide costituzionale Ricord se ne vale per determinare la quantità di mercurio da darsi, soddisfatto di quella qualunque dose che arrechi giovamento, accrescendola ogniqualvolta il miglioramento cessa. Dissipate tutte le manifestazioni sifilitiche, egli continua i mercuriali nella maggior dose tollerata senza produrre salivazione, onde esser sicuro che l'organismo sia completamente influenzato dal mercurio. Al che egli arriva accrescendo la dose fino a produrre irritazione delle gengive, allora decrescendo a poco a poco per evitare la salivazione, poscia continuando la stessa quantità per parecchie settimane, e riprovare quindi l'effetto di un altro aumento. Mediante una serie di tali esperimenti sulla facoltà dell'organismo a tollerare i mercuriali, ed amministrando le maggiori dosi di mercurio tollerato

senza salivazione, si mantiene costantemente tutto l'effetto del rimedio. Riguardo alla totale durata della cura ecco che cosa dice Ricord: — Or ci resta a determinare fin quando si debba continuare la cura onde avere la maggior possibile probabilità che non si ripeteranno altri sintomi. Nessuna cura prolungata per qualunque tempo conferisce una *sicura* immunità; tutto quanto sta in noi è di fare che questa immunità sia *probabile*. Fermarsi colla cura tosto che sono dissipati tutti i sintomi sifilitici, equivale alla quasi certezza che ritorneranno. Continuare la cura per altrettanto tempo quanto ce ne volle a far scomparire questi sintomi, è un metodo pur esso insoddisfacente. Spesso sarà troppo breve il tempo, in altri casi sarà troppo lungo. L'osservazione clinica di un largo numero di casi è quella che può fornirci una guida cui affidarsi. Sei mesi di cura col mercurio, a dosi da esercitare un'azione curativa sui sintomi fin che rimangono, e dopo che questi sono dissipati per vedere cogli effetti fisiologici del mercurio che esso agisce tuttora sull'organismo, e poscia tre mesi di cura coll'ioduro di potassio per impedire le ulteriori manifestazioni della diatesi, tale è il metodo e la durata di cura ch'io trovai migliore e che nella maggior parte dei casi, neutralizza per così dire, il veleno sifilitico. Faccio osservare però che questo metodo devesi spesso modificare a seconda delle circostanze dei singoli casi [1].—

La sola particolarità di questo metodo è l'estensione cui vengono portati i mercuriali nella cura profilattica, proseguita dopo la scomparsa d'ogni manifestazione sifilitica. Domati i sintomi secondarj come spesso succede dopo qualche settimana di cura, e in tutti i casi d'ulcero infettante non ancora seguìto da manifestazioni generali, Ricord mantiene il paziente in salivazione per il tempo di circa sei mesi. Io dico la verità che se fossi il paziente, non saprei quale scegliere tra questa cura e la malattia stessa; d'altronde mi sono convinto con diverse prove che pochissime persone ponno sopportare questo metodo di cura profilattica senza danno. Nel solo caso nel quale mi credetti giustificato a metterlo in effetto completamente, non ebbi risultati tali che mi inspirassero confidenza nella sua efficacia. Il paziente era un negò-

[1] Ricord e Hunter, Malattie Veneree.

ziante, uomo intelligente, il quale continuò coscienziosamente per sei mesi la cura mercuriale (col protoioduro) nelle maggiori dosi tollerate senza produrre salivazione, poi tre mesi di ioduro di potassio; ma circa sei settimaue dopo compiti i tre mesi di ioduro, fu repentinamente preso da convulsioni epilettiformi, e ne ebbe sei in ventiquattro ore, precedute da nessun altro sintomo fuor che da parecchie settimane di costante cefalea. Si riebbe abbastanza bene in pochi giorni da attendere a' suoi affari, ma un mese dopo ritornarono le convulsioni che lo lasciarono in uno stato di eccitamento nervoso prossimo alla mania. Io non poteva credere che questi sintomi dipendessero dalla malattia costituzionale, per là quale si era recentemente instituita una completa cura; ma dovetti però crederlo poi quando quindici giorni dopo si manifestò un'eruzione specifica; allora lo sottoposi alla cura del bicloruro combinato ai tonici; migliorò rapidamente e non ebbe più altri accessi. Fuor che in questo solo caso, io fui sempre obbligato a rallentare la severità del metodo di Ricord, poichè i pazienti ne soffrivano nella salute generale, quantunque, come dissi più sopra, non si debba fidarsi di dosi troppo piccole di mercurio, per non correre il rischio di dover riconoscere una recidiva nel bel mezzo della cura. Il giusto mezzo quale parve a me, è di dare il mercurio fin dove lo tollerano le condizioni della salute generale; e certe volte giova anche nel corso della cura un leggier grado di dolore delle gengive.

Thomas Hunt di Londra, consigliò un altro metodo di cura della sifilide, ch'io adoperai qualche volta con risultati assai soddisfacenti; io credo bene di esporlo qui, poichè in una malattia sì pertinace come è questa certe volte, non sono mai troppe le risorse da presentare al medico.

Il metodo di Hunt[1] è fondato sull'idea che il mercurio esercita la sua azione terapeutica subito e solo dentro un certo tempo, al di là del quale i suoi effetti o sono nulli o dannosi. Egli quindi consiglia di amministrarlo brevemente e con energia, dandolo a tali dosi da affettare rapidamente l'organismo, fino a che l'azion sua

[1] On Syphilitic Eruptions, etc., with especial reference to the Use and Abuse of Mercury, by THOMAS HUNT, 2.ª ed., Londra, 1854.

si fa manifesta; allora lo si sospende affatto per qualche tempo, per riprenderlo dopo nello stesso modo, e così fino a che è necessario. Hunter preferisce la massa pillolare bleu agli altri preparati di mercurio, a motivo della maggior attività. Nel primo corso di questa cura, ne amministra da 10 a 35 centigrammi (2 a 7 grani) mattina e sera fino a che si verifica qualche miglioramento nella malattia; ottenuto il quale non persiste nemmeno un giorno, ma sostituisce gli aperienti e i tonici al mercuriale. Dopo due o tre settimane incomincia il secondo corso, accrescendo la dose del mercurio, nella maggior parte dei casi una dose doppia, premunendosi contro la tolleranza che si acquista coll'uso del rimedio. Così egli procede ripetendo i corsi e con energia, sempre tendendo ad agire sulla malattia più rapidamente che sia possibile, fermandosi appena è raggiunto questo intento; quando sono dissipati tutti i sintomi egli amministra un corso finale come preventivo, e lo prosegue fino a che si avverte o il fetore dell'alito, o il sapore metallico della bocca. Negli ultimi corsi combina sovente le unzioni con frequenti dosi interne, con oppio o senza, allo scopo di ottenere più presto l'azione mercuriale.

Il metodo di Hunt è specialmente adottato per gli individui deboli e cachettici; in questi casi io l'ho adoperato più volte con buoni risultati; però mi capitarono alcuni casi di recidiva, onde le assicurazioni che ci fa l'autore, dell'immunità conferita col corso finale preventivo, ci sembrano alquanto immature.

Chiudendo queste osservazioni sulla cura mercuriale della sifilide, sarebbe cosa assai interessante il precisare quali risultati si ottengono generalmente in pratica, come anche il sapere in qual proporzione di casi coscienziosamente curati, non si ebbe più alcun disturbo. Sfortunatamente non ci sono dati soddisfacenti in base ai quali decidere questo punto. Le nostre idee sulla natura della sifilide, qual malattia costituzionale nella quale l'organismo subisce una modificazione simile a quella che ha luogo nella vaccinazione e nel vajolo, ci fa sembrare assai probabile che una cura qualunque, per quanto prolungata e per quanto fedelmente seguita, conferisca una certa immunità per l'avvenire. Il caso rarissimo di sifilide contratta la seconda volta da una medesima persona dimostra che, in via generale, la diatesi acquisita una volta resta per la vita; noi non possiamo sperare di sradicarla col mercurio, nel modo

stesso che non possiamo credere che la medicina sia capace di ritornare un organismo vaccinato alla originale condizione; e mentre esiste la diatesi, per qualunque durata di tempo sia essa stata latente, non si può esser *certi* che in futuro non abbia a riprendere la sua attività.

Anche l'esperienza conferma queste deduzioni tirate dalla natura della malattia. Coloro cui si presentarono le migliori opportunità per osservare l'effetto della cura, sono pressochè unanimi nel credere che non si può raggiungere mai l'assoluta sicurezza; e qui credo di dover avvisare lo studente perchè sia assai cauto prima di avere la più piccola confidenza nei dati contrarj di alcuni pochi autori che hanno qualche favorito metodo di pratica da consigliare.

Non seguendo che la mia propria esperienza io credo che la massima parte degli ulceri infettanti tosto o tardi sono seguiti da manifestazioni secondarie, in onta a qualunque cura siasi adottata. Ebbi ad osservare alcuni casi indubbj, nei quali si adoperarono specifici fedelmente per sei mesi, per un anno, e non si manifestò mai alcun sintomo generale, ma sono casi tanto rari che si debbono ritenere come affatto eccezionali. La maggior parte dei pazienti che io potei osservare per due o tre anni di seguito, non sfuggirono a più tardi disturbi, per quanto di leggier carattere; e l'osservazione di molti casi che erano già stati curati da altri medici con metodi di cura annunziati quali infallibili, mi hanno convinto che i portati della mia propria esperienza sono pur quelli della professione in genere, quantunque siano poco conosciuti, e non siano evidenti per coloro che confondono le due specie di ulcero e li trattano ambedue con mercurio. Io non andrò sì in là come Diday, il quale in certo sito dice — che il mercurio previene quei sintomi secondarj solo che non sarebbero mai comparsi anche senza di esso, — ma io credo che la massima parte degli ulceri infettanti siano susseguiti da qualche sintomo generale in onta a qualunque cura si adotti.

Io trovai che quando i sintomi secondarj sono già comparsi, i risultati della cura sono più soddisfacenti, e spesso non si ebbe più a lamentare nessun disturbo dopo un completo corso di mercuriali; e, come si disse in principio di questo capitolo, anche quando si verificarono ripetute recidive, la perseveranza nell'uso

dei rimedj fu alla fine coronata da felici risultati, salvo qualche rara eccezione; cessa alla fine nella malattia la tendenza a ricomparire, e si lascia il paziente in buone condizioni di salute almeno in apparenza, ma che continuano tali per anni ed anni.

Una volta, seguendo gli insegnamenti di Ricord e nella speranza di raggiungere questa desiderata immunità, io era solito proseguire la cura per lungo tempo dopo la scomparsa delle forme sifilitiche; ma, trovando che, nella massima parte dei casi questa speranza non si realizzava, decisi di fermarmi coi rimedj specifici poche settimane dopo cessato ogni sintomo, osservando però sempre le condizioni igieniche del paziente, ed amministrando abitualmente un qualche tonico. Dopo l' esperienza ch'io ebbi in questo metodo, posso apertamente asserire, che quei pazienti che cessano la cura specifica tosto che sono scomparsi i sintomi, fanno altrettanto bene se pur non fanno meglio di quelli che la continuano per lungo tempo dopo, vanno altrettanto esenti da ulteriori accessi, e se si dà il caso che si determinano questi accessi, chi ha preso meno mercurio trovasi naturalmente più in grado di sostenerli. Insomma, non dimetto nulla della mia fede nella facoltà del mercurio a domare i sintomi presenti, ma ho però minor confidenza di prima nelle facoltà sue profilattiche per impedire la recidiva. Io credo che le finali guarigioni che si ascrissero al mercurio continuato per mesi ed anni, dipendono dai poteri della natura ad eliminare il virus dall' organismo, non già all'uso prolungato dal mercurio.

Qualunque sia stato il modo di cura, interno od esterno, dissipare le manifestazioni sifilitiche, io soglio adesso continuare il rimedio per qualche settimana ancora, fino a che parmi di essere sicuro almeno per qualche tempo. Allora sottometto il paziente all' uso di qualche preparato di ferro, o dell'olio di fegato di merluzzo, o dell' ioduro di potassio a piccole dosi (quindici a venti centigrammi, tre volte al giorno); gli raccomando di avere il massimo riguardo della sua salute generale e di venire da me di tempo in tempo per farsi vedere. Quanto è maggiore il tempo che passa senza recidiva dei sintomi, altrettanto sono migliori le speranze pel futuro; quando sono trascorsi da otto mesi a un anno senza che sia ritornata la malattia, è assai probabile che non ritorni più; pure il fatto d' aver avuto una volta la sifilide costituzionale, basta perchè quell'individuo debba avere la massima cura di sè stesso.

A coloro che credono ancora nelle facoltà profilattiche del mercurio continuato dopo la scomparsa delle forme sifilitiche, io raccomando caldamente l'applicazione esterna dello specifico sia per fumigazioni, sia per unzioni; deprimono meno l'organismo, e sono più adatti allo scopo prefisso che non valendosi dell'amministrazione interna.

Iodio e suoi composti. — L'effetto terapeutico dell'iodio e suoi composti sui sintomi sifilitici, è in ragion diretta della durata della malattia. La loro azione, se pure ne hanno, sulle prime forme secondarie è pochissima, ma è veramente spiegata sulle lesioni terziarie e su quelle del periodo di transizione. Nei tubercoli profondi del tessuto cellulare, nella rupia, nell'orchite sifilitica, nelle affezioni delle ossa e del periostio, nella cachessia sifilitica ecc., il risultato dell'uso dell'iodio è sovente quasi magico. Un infelice ridotto a una vita misera da mesi, pei dolori nelle ossa che gli tolgono il sonno, per l'eruzione pustulare sulla faccia che lo segrega dalla società, per ulcerazioni profonde della faringe che gli rendono quasi impossibile la loquela e la deglutizione, che minacciano di soffocarlo, o che sia tormentato da qualunque delle molte altre forme della sifilide terziaria, quasi sempre s'avrà giovamento in pochi giorni o in qualche settimana di cura di iodio. Non saprei dire in quali altre circostanze il medico si senta più superbo, o in qual altro caso senta meglio di poter agire sulla malattia, di quando riconosce i sintomi che gli danno l'indicazione di questi rimedj e ne osserva e ne nota giorno per giorno i meravigliosi effetti. Sfortunatamente gl'ioduri hanno maggior potere di soggiogare per un certo tempo i sintomi terziarj, che non di farli scomparire per sempre. Coll'uso di essi, la malattia declina rapidamente e scompare, ma nella massima parte dei casi dopo aver sospeso il rimedio per qualche settimana, per qualche mese, essa ritorna; e così il paziente diventa lo schiavo della medicina, od è obbligato a ricorrere al mercurio per una cura efficace.

Questi preparati sono nondimeno di grandissimo valore. Il mercurio dato sul cominciare di una cura di sifilide terziaria, per regola generale, non è tollerato, anzi quasi sempre fa peggiorare i sintomi. Coll'uso de' ioduri, il paziente trova un immediato quan-

tunque temporario sollievo, il suo appetito migliora, acquista e carni e forze, e intanto si può ridurre l'organismo in migliori condizioni per l'amministrazione di rimedj che saranno di un vantaggio più duraturo.

Le più eminenti autorità in sifilografia non vanno d'accordo sul valore terapeutico dell'iodio e suoi composti, e specialmente Ricord, il quale ritiene che l'ioduro di potassio sia altrettanto specifico per le lesioni terziarie, quanto lo è il mercurio per le secondarie. Nella mia pratica però, io non riuscii ad ottenere un sollievo duraturo ne'miei pazienti se non quando l'ioduro era accompagnato o seguito dal mercurio, come pure Sir B. Brodie, Langston Parker, e Hunt d'Inghilterra, e i Dottori Mussey, Willard Parker, J. Watson, Wm. H. Van Buren, Blackman, ed altri medici eminenti di questo paese. Si osservano qualche volta delle persone che hanno preso idriodato di potassa per anni ed anni, e che sono tuttora obbligati a continuarlo se vogliono far tacere i loro sintomi; costoro in generale acquistano confidenza e molta pratica nel modo di amministrarsi il rimedio, se lo provvedono, lo preparano in quella data forma, e se lo prendono regolarmente come il pranzo o la colazione. Al New York Eye Infirmary c'è ora un vecchio con una profonda cicatrice sulla faccia e col naso completamente rovinato dagli effetti della sifilide. Il Dottore G. Wilkes già chirurgo di questo istituto mi diceva che quest'uomo era già stato nello stesso ospedale dieci anni prima, e fin d'allora egli aveva l'abitudine di comperarsi l'ioduro di potassio a libbre e di prenderne l'enorme quantità di un'oncia al giorno; io seppi poscia dal medesimo paziente che d'allora egli continuò sempre in quest'abitudine, riducendone però la dose a poco a poco, in modo che ora ne prende una mezza dramma al giorno.

Le osservazioni di Melsens e Guillot hanno provato che l'ioduro di potassio scioglie il mercurio o qualunque de' suoi composti trattenuti dentro i tessuti del corpo; così vengono eliminati per via della secrezione orinaria, nella quale si ponno poi ritrovare coll'analisi chimica. In questo modo il mercurio trattenutosi nell'organismo ritorna solubile e prima ancora che l'eliminazione eserciti alcuno de' suoi effetti terapeutici o morbosi. Così l'ioduro di potassio amministrato in seguito a un corso mercuriale, spesso eccita una profusa salivazione.

Si agitò la questione se l'ioduro di potassio per sè stesso abbia

qualche potere sulla sifilide, o se l'azion terapeutica di esso non s'abbia a spiegare interamente coi fatti sopradetti. Secondo alcuni è solamente curativa, poichè ha il potere di rendere attivi i preparati mercuriali che s'accumularono nell'organismo colla cura precedente; altri, i quali credono che la sifilide terziaria sia effetto del mercurio, dicono che l'azione dell'ioduro di potassio sta nella eliminazione di questo materiale, quindi nell'aver tolta la supposta causa della malattia. Nessuna di queste supposizioni reggerebbe a un esame ben diretto. I casi di sifilide terziaria nei quali non sia mai stato dato mercurio, e nei quali quindi si possa osservare l'indipendente azione dell'ioduro di potassio non sono così frequenti; ne furono tuttavia osservati in numero sufficiente da poter dire che questo agente non ha una parte così secondaria ed insignificante quale gli si volle attribuire. Di 195 casi di sifilide trattati con successo coll' ioduro di potassio da Hassing di Copenhagen, in 70 non si adoperò alcuna sorta di cura mercuriale. [1]

Una donna non è molto, veniva accettata nelle sale di Nélaton con numerose esostosi sulle tibie, sui femori, sugli avambracci, e sulle fibro-cartilagini del torace, accompagnate da tali dolori da togliere affatto ogni minuto di sonno. Ella disse d'aver avuta questa malattia per tre anni, e che non aveva mai fatto alcuna cura di sorta. Le si amministrò l'ioduro di potassio alla dose di settantacinque centigrammi al giorno; al terzo giorno già, questa donna potè passare una notte tranquilla, e dopo una settimana i tumori ossei avevano perduta la loro sensibilità e vi era già incominciata la risoluzione. [2] Così non c'è più dubbio che l'amministrazione dell'ioduro di potassio possa efficacemente frenare la sifilide terziaria quando prima non sia stato dato il mercurio. Questa conclusione però, non urta al concetto che l'azione terapeutica di esso dipende qualche volta anche dal liberare l'organismo dal mercurio.

La solubilità dell'ioduro di potassio ci permette di darlo in qualunque mistura od acquea od alcoolica; d'altra parte le proprietà deliquescenti di esso lo fanno poco adattato alla forma pillolare. Quindici centigrammi tre volte al giorno è la dose comune colla

[1] British and Foreign Medical Rev. ottobre 1845.
[2] Gazette des Hôpitaux, gennaio 28, 1860.

quale si incomincia la cura per un adulto, e se si è scelto un caso conveniente, in una settimana circa vi si deve vedere un miglioramento spiegato. Nei casi di vecchia sifilide però, questa quantità è spesso insufficiente, ed è necessario certe volte lo spingere la dose fino a tre grammi e in qualche raro caso anche fino ai sei grammi e più al giorno. Una volta che i sintomi abbiano presentata l'indicazione dell'idriorato, non si può dire che il caso sia intrattabile fino a che non si sia provato il rimedio nelle maggiori dosi, e ancora senza vantaggio. Ricord che fu uno dei primi a seguire il Wallace di Dublino nell'uso di questo rimedio e che lo adoperò lungo un'esperienza forse più vasta di quella d'altro medico, lo amministra nella dose di 75 centigrammi (15 grani) a grammi 4, 50 (una dramma e mezza) al giorno, rare volte più in là. Il suo collega all'Hôpital du Midi, Puche, ne adopera spesso 50 grammi nelle ventiquattro ore, e a quanto dice, senza tristi effetti fuor che in qualche raro caso; è però una pratica che non merita d'esser imitata.

Le seguenti sono formole buonissime: —

Ioduro di potassio grammi 15.
Acqua di cinnamomo grammi 15.
M.

Sette gocce di questa soluzione contengono circa 25 centigrammi di ioduro.

Ioduro di potassio grammi 6.
Acqua grammi 100.
M.
Un cucchiajo da caffè tre volte al giorno.

L'azione dell'ioduro di potassio si accresce mediante la combinazione del cloruro d'ammoniaca, come suol fare il Dottore J. P. Batchelder di questa città:

Ioduro di potassio
Cloruro d'ammoniaca, ana grammi 5.
Tintura di china composta grammi 120.
M.
Un cucchiajo da tavola tre volte al giorno.

L'esperienza ci insegna che il momento più favorevole per l'amministrazione dell'ioduro di potassio è da mezz'ora a un'ora dopo il cibo, quantunque il Dottore Budd dice che lo si debba prendere a digiuno — diversamente viene decomposto dall'acido idroclorico del sugo gastrico. — Eccita sovente dei dolori colici negli intestini, ma si può evitarli coll'aggiungere un siroppo che contenga dell'acido tannico, per esempio, il siroppo di china o di corteccia di arancio. [1] Si può ottenere lo stesso scopo aggiungendo una piccola quantità d'acido tannico all'ioduro sciolto in un siroppo che non contenga tannino.

Ricord e Nélaton adoperano la seguente formola: [2] —

Ioduro di potassio grammi 3.
Siroppo di corteccia d'arancio grammi 180.
M.
Dose: un cucchiajo da tavola.

Durkee suole combinare l'ioduro di potassio col carbonato di ammoniaca, il quale secondo lui, rende questa sostanza più aggradevole ed efficace. Egli impiega la seguente formola: [3] —

Carbonato d'ammoniaca grammi 3, 30.
Ioduro di potassio grammi 9.
Siroppo di salsapariglia composto
Acqua, ana grammi 75.
M.
Dose: Tre grammi tre o quattro volte al giorno.

Il Dr. Gamberini dell'ospedale Sant'Orsola in Bologna, propose l'ioduro di sodio [4] e l'ioduro di ammonio [5] quali succedanei all'ioduro di potassio [6].

[1] Boinet, Traité d'Iodothérapie, Paris, 1855, p. 102. — Union Médicale, 1858, p. 487 e 6 marzo 1860.

[2] Richelot, Union Medicale, febbrajo 28, 1860.

[3] Gonorrhœa and Syphilis, p. 325.

[4] Dublin Quarterly Journal, num. 28, novembre 1852.

[5] Gazette des Hôpitaux, dicembre 1, 1859.

[6] L' ioduro sodico è meglio tollerato dalla bocca e dallo stomaco, e pare che sia più omogeneo all'organismo, come lo dice il Ruspini: questo

Non si può dire che l'ioduro di ferro abbia una speciale virtù antisifilitica, ma è un tonico di grandissimo valore nei soggetti cachettici o clorotici, con o senza l'ioduro di potassio. Io soglio adoperarlo in quasi tutti i casi di sifilide costituzionale, specialmente sul finire della cura e dopo l'uso del mercurio. Le pillole di Blancard presentano il miglior modo di amministrarlo; si può anche adoperare la soluzione di ioduro di ferro. Siccome l'ioduro di ferro si dà sovente anche alle donne che danno una certa importanza al loro aspetto, è bene l'avvertire che qualche volta dà origine ad eruzioni papulose, tubercolari e furuncolari come gli altri composti di iodio. Langston Parker [1], nega questo fatto, ma io però nella mia pratica ne ebbi diversi e chiari esempj coll'uso delle pillole di Blancard; non ne ebbi mai invece quando adoperai il siroppo.

Le contro indicazioni all'uso dell'ioduro di potassio sono: l'infiammazione acuta o cronica degli organi digerenti, la pletora e la disposizione alle emorragie. Alcune poche persone sono affatto insensibili all'influenza dell'ioduro, onde è inutile il persistere con esso, quando non si vede alcun vantaggio dopo una certa prova incominciando con dosi moderate ed aumentandole a poco a poco.

Nei casi veramente adattati, l'effetto dell'ioduro di potassio quando sia dato in quantità sufficiente, si può vedere dentro una settimana. Cresce l'appetito, migliorano le facoltà digerenti, e il malato va rapidamente guadagnando e carni e forze. Le analisi del sangue fatte da Grassi, dimostrano che questo rimedio possiede maggior facoltà del mercurio nell'accrescere la proporzione dei corpuscoli del sangue; è quindi specialmente indicato nella cura della cachessia sifilitica.

È raro che l'ioduro di potassio produca effetti così spiacevoli da doverne sospendere l'uso, fuor che momentaneamente. L'azion morbosa di esso è principalmente manifesta sulle membrane mucose. Alcuni pazienti, poco dopo averne incominciato l'uso, hanno

mi è dettato dalla esperienza, la quale però non ammette un'azione terapeutica riguardo alla sifilide, migliore di quella dell' ioduro di potassio, L'ioduro d'ammonio ha l'inconveniente di essere un sale molto alterabile. e pare non possieda un effetto migliore dei precedenti.

A. Ricordi.

[1] Modern Treatment of Syphilitic Diseases. Phil. 1854.

corizza, qualche volta assai grave e con dolori acuti nei seni frontali; in altri c'è edema della congiuntiva oculare e gonfiezza delle palpebre; in altri ancora irritazione alle fauci, bronchite, ed anche edema della glottide. Abbiamo già detto come l'irritazione gastrointestinale sia un sintomo piuttosto frequente. In qualche raro caso si verificò anche la perdita della vista per effusione sotto retinica. Certe volte c'è anche qui la salivazione, ma non però mai così grave come quella prodotta dal mercurio, nè mai con ulcerazioni. Si asserì che l'ioduro di potassio produce l'atrofia delle mammelle e dei testicoli, ma Ricord lo nega, dicendo d'aver misurati diligentemente gli organi scrotali prima e dopo la cura, e di non aver mai osservata alcuna diminuzione di volume, tranne quando c'era orchite sifilitica, la quale appunto termina per lo più coll'atrofia. L'ioduro di potassio può affrettare questo risultato, quando avrebbe avuto luogo certamente anche senza di essa, ma non può produrlo in organi sani. Anche Langston Parker è dell'opinione di Ricord, che l'uso prolungato dell'ioduro di potassio non produca l'impicciolimento dei testicoli e delle mammelle.

Uno degli effetti morbosi più frequenti di questo rimedio è quello di una varietà di eruzioni integumentali, per lo più a forma di papule o di pustule rassomiglianti all'acne, spesso anche di foruncoli. Sono comunissimi al collo ed alla faccia, esposti alla vista quindi, e quindi assai nojosi agli individui che vivono in società; se ne vedono anche sul tronco e sulle estremità. Le eruzioni prodotte dall'amministrazione dell'ioduro di potassio e da altri composti d'iodio, furono studiate assai bene dal Dottore H. E. Fischer [1] di Vienna, che le divide in erimatose, papulose, tubercolo-pustulari ed eczematose.

Nella *forma eritematosa* la pelle, specialmente quella dell'avambraccio, assume un color rosso intenso, qualche volta a punti isolati, altre volte sparso su tutta la superficie; la temperatura della parte è più elevata. Sospendendo la cura l'eritema scompare; ma continuandola si cambia nella

Forma papulosa, di gran lunga più comune delle altre, può manifestarsi su tutto l'integumento, ma in particolar modo sulle estre-

[1] L'Union Médicale, 31 gennajo 1860, Dal Wien Medizin. Wochenschrift.

mità e sull'addome. Le papule sono leggiermente elevate sulla superficie intorno; sono di un color rosso intenso che scompare colla pressione; misurano da una a due linee di diametro, e rassomigliano all'urticaria; le papule maggiori sono circondate da un'areola rossa, qualche volta isolate, qualche volta in gruppi. Si sviluppano senza alcun disturbo febbrile, non hanno alcun effetto dannoso sull'organismo e si dissipano senza desquammazione sospendendo l'ioduro.

La *forma tubercolo-pustulare* è più rara delle precedenti, e la si osserva per lo più nei soggetti scrofolosi. Si presenta come una macchia rossa, con prurito in principio; poi si trasforma in un piccolo tubercolo con o senza un'areola; nella maggior parte dei casi si forma una vescica o una pustula alla sommità, la qual pustula certe volte si rompe e scarica il contenuto, altre volte invece si essicca in una crosta, che cade poi, lasciando solamente il tubercolo al di sotto. I tubercoli sono di un color livido, nel processo di risoluzione desquammano, e scompariscono assai lentamente anche sospendendo l'ioduro. Lasciano poi delle macchie di color rosso livido, spesso indelebili. Alcuni scrittori notarono delle forme intermedie, vescicolari, pustulari, o furuncolari.

La varietà *eczematosa* che rassomiglia molto all'eczema comune, è rarissima. Si osserva per lo più sul cuojo cappelluto e in vicinanza dello scroto, e scompare tosto fermandosi coll'ioduro. Mercier [1] descrive un caso nel quale l'ioduro di potassio a dosi moderate produsse, due volte nella stessa persona, un'eruzione di eczema rossa su tutto il corpo, con febbre e dispnea, e con una traspirazione così copiosa che il letto del malato era completamente bagnato.

In tutti questi casi il preparato d'iodio, di cui si fece uso, era o l'ioduro di potassio, o l'ioduro di sodio. Parve che le eruzioni non dipendessero dalla quantità del rimedio somministrato, poichè nascevano spesso da piccola dose, mentre mancavano poi altre volte quando si andava innanzi fino all' iodismo.

Langston Parker descrisse una condizione, dura, tubercolare della lingua, sovente solcata, fessa, in conseguenza dell' uso protratto

[1] Observations Nouvelles sur le Traitement des Valvules du Col de la Vessie, Paris 1847, e Union Médicale, febbrajo 1860.

dell'iodio.[1] Questa affezione è assai rassomigliante a quella dei tubercoli sifilitici, dalla quale ultima però si distingue abbastanza facilmente sospendendo l'uso dell'iodio; e allora cessa anche l'affezion della lingua.

Oltre agli effetti morbosi che or dicemmo, l'ioduro di potassio a larghe dosi, dà origine certe volte a un complesso di sintomi, noto col nome di *iodismo*, che consiste in un senso d'oppressione alla testa, *tinnitus aurium*, nevralgia, contrazioni spasmodiche muscolari, moti volontarj alterati, intelletto ottuso. Rilliet descrisse egli pure una forma di avvelenamento iodico ch'egli chiama iodismo costituzionale, caratterizzato da emaciazione rapida, appetito enorme, palpitazione nervosa, e singolare in ciò che si determina per piccole dosi piuttosto che per dosi larghe di ioduro di potassio ed altri composti di iodio. Le osservazioni di Rilliet si fondavano completamente su casi di gozzo trattati in Svizzera coll'iodio. La sua memoria destò una lunga discussione all'Accademia Francese di Medicina nel 1860, nella quale Ricord, Velpeau, Gibert, Trousseau e Bouchardat ebbero parte importante, senza però che si arrivasse ad alcuna definitiva conclusione. Si convenne però in generale, che le osservazioni di Rilliet, fatte da un osservatore così diligente, meritavano tutta la confidenza, ma che l'affezione descritta era sconosciuta ai membri dell'Accademia, molti dei quali avevano adoperato l'iodio e suoi composti su vasta scala; e fu suggerita l'idea che forse il gozzo pel quale si dava il rimedio, poteva aver avuto qualche influenza nel produrre questi sintomi particolari.

DECOZIONI E INFUSIONI VEGETALI. — Le decozioni e le infusioni di salsapariglia, di saponaria, di lapato ed altre sostanze vegetali, furono un tempo assai stimate dai medici per la cura della sifilide, e lo sono tuttora dal pubblico. Adoperate da sole non hanno affatto alcuna proprietà antisifilitica; date insieme ai mercuriali e all'ioduro di potassio, pare non aggiungan molto

[1] Provincial Medical and Surgical Journal, num. 3, 1852, ed anche Syphilitic Diseases, p. 211.

all'effetto loro. Così pure dicono la maggior parte dei medici [1] che li usarono con esperienza assai vasta; e questo confermarono di recente, (in particolare per quanto risguarda la salsapariglia la quale si godette di una reputazione superiore agli altri vegetali), le molte e diligentissime esperienze di Sigmund di Vienna, [2] il quale conchiude che questa sostanza non esercita la più piccola percettibile influenza sul decorso o sulla terminazione delle malattie veneree. [3] Tutte le virtù che hanno queste sostanze debbonsi ascrivere all'influenza loro come tonici, stomachici, diuretici, o diaforetici, cui poi contribuisce il modo solito di amministrarli, con gran copia cioè di fluido. Quando si adoperano a questi scopi, possono riuscire favorevoli al mercurio, all'ioduro di potassio, ma soli non meritano confidenza veruna.

Le decozioni e le infusioni comuni sono molto abbondanti, e il modo di prepararli non è sempre conveniente; io soglio quindi far uso degli estratti liquidi di Thayer che io trovai assai buoni. La dose è di un cucchiajo da caffè dell'estratto liquido composto di salsapariglia preparato da questo chimico, in un bicchier d'acqua calda.

La decozione di Zittman contiene una discreta quantità di mercurio, ma agisce specialmente come catartico e diaforetico. Fu consigliato di prenderla in abbondanza, mezzo chilogrammo della forte alla mattina, e la metà dose della debole alla sera; queste dosi però producono quasi sempre un violento effetto purgativo, Io l'ho adoperata qualche volta con felici risultati in alcuni casi di vecchia sifilide prescrivendone da 250 a 500 grammi della forte

[1] Vedi Stillé, Materia Medica, II pag. 948.

[2] British and Foreign Medico-Chirug. Rev. Ed. Am. luglio 1860.

[3] Se aggiustiamo fede agli sperimenti del prof. Bœcker di Bonn, il quale avrebbe istituite numerose ricerche sulle proprietà terapeutiche della salsapariglia, dovressimo negare a questo medicinale anche quei limitatissimi effetti che il Bumstead e con lui moltissimi altri gli attribuiscono. Il Bœcker ha esperimentata questa pianta sopra 98 persone sane, e concluse ch'essa non possiede attributi diuretici, nè diaforetici. Sopra 26 individui affetti di sifilide ottenne un'egual risultato. La salsapariglia inoltre secondo lui non aumenta l'efficacia degli agenti, ai quali ordinariamente la si associa, essendo che il suo decotto è un preparato completamente inerte.
A. Ricordi.

in una giornata, mirando ad ottenere da tre a cinque scariche alvine. In alcuni casi produsse un miglioramento nell' appetito e nelle condizioni generali del paziente.

Acido nitrico. — Alyon pel primo, poi altri, consigliarono l'acido nitrico nella cura della sifilide; gli omeopatici lo adoperano tuttora. Io l' adoperai come tonico con risultati soddisfacenti nei tardi periodi della sifilide quando non si poteva dare mercurio; ma quasi sempre però è migliore l'ioduro di potassio.

SIFILIZZAZIONE.

Verso l'anno 1844, Auzias-Turenne di Parigi, intraprese una serie di esperimenti allo scopo di provare l'esattezza della dottrina emessa da Hunter e Ricord, che la sifilide non è inoculabile sugli animali inferiori. Difesi i punti d'innesto in modo che l'animale non potesse lambire la ferita e rimovere così il virus, riuscì a sviluppare degli ulceri molli su scimmie, su gatti, su conigli, e su cavalli; le piaghe così ottenute erano veri ulceroidi, poichè colla secrezione loro si ebbero quattro inoculazioni positive sulla persona del Sig. Roberto de Welz di Würzburg che s'offrì per questo scopo. Questi risultati furono poi anche confermati da tre esperimenti di Diday di Lyon, in uno dei quali egli inoculò la secrezione di un ulceroide sull'orecchia di un gatto, di là trasferì il virus sull'altra orecchia dello stesso animale, e finalmente inoculò sul suo proprio pene la materia della seconda piaga. S'ebbe un ulcero fagedenico e un bubone che restò aperto per quattro mesi prima che avesse luogo la cicatrizzazione, e che alterò seriamente la salute sua, quantunque nè allora nè poi non siano comparsi mai sintomi costituzionali.

Questi esperimenti provano in conclusione, che si può inoculare positivamente il virus di un ulcero molle sugli animali inferiori e da questi ancora sull'uomo. Si disse lo stesso del virus della vera sifilide, e si riferirono diversi esempj di lesioni secondarie e terziarie osservati negli animali per inoculazione artificiale; ma in

nessuno di questi casi si può stabilire il fatto escludendo ogni dubbio; onde questo punto è ancora un campo aperto a future osservazioni.

Il 18 novembre 1850, Auzias annunziò all'Accademia Francese delle Scienze che, nel fare queste esperienze osservò che il primo ulcero inoculato su un animale si sviluppava più rapidamente, era più largo, secerneva una maggior quantità di materia, era circondato da infiammazione più intensa, ed era più pertinace di uno susseguente; che il susseguente aveva questa medesima relazione in confronto al terzo; il terzo in confronto al quarto e così via, e che finalmente arrivava un periodo nel quale le inoculazioni fallivano. La condizione in cui trovavasi l'animale, quando si era riconosciuta in esso l'immunità, l'autore la paragonò alla difesa che dà la vaccinazione contro il vajuolo, e il processo lo denominò *sifilizzazione.*

Trovo che fenomeni simili furono osservati prima del tempo di Auzias; il Dr. Graves [1] citando il Dr. Fricke di Hamburg dice: — Se si inocula di recente una persona affetta da ulcero colla materia di quest'ulcero stesso, poi si fa una terza inoculazione e così via, si vedrà che questo processo non si riesce a ripeterlo che poche volte con succeeso. L'individuo diventa per così dire abituato al virus, e meno capace di subirne l'influenza. — Queste osservazioni di Fricke però passarono quasi inosservate, e le si avevano dimenticate, quando Auzias annunciò la sua scoperta nel 1850.

Questi fatti sono la base della dottrina moderna e della pratica della sifilizzazione. Quantunque il tempo dalla loro scoperta non abbia concesso di provarli completamente coll'esperimento sull'uomo, pure Auzias non esitò a trarne certe conclusioni generali che si possono riassumere così: —

1. Si può saturare l'organismo di veleno sifilitico [2] mediante inoculazioni successive, in modo che l'applicazione del virus finisce per essere innocente.

[1] London Medical Gazette, 1838-9, vol. I, pag. 697.

[2] Ciò avvenne prima che fosse riconosciuta la distinta natura delle due specie di ulcero, e Auzias come diversi altri autori susseguenti, supposero erroneamente di aver fatte le loro esperienze col vero virus sifilitico.

2. Si può ricorrere alla sifilizzazione delle persone sane come a profilattico contro la sifilide, nel modo stesso che si adopera la vaccinazione come un preservativo del vajuolo.

3. La sifilizzazione può guarire le persone già infette da sifilide.

La proposizione di adoperare la sifilizzazione qual agente profilattico nelle persone sane, fu dessa, più d'ogni altro argomento, che impedì che la nuova dottrina si avesse tutta l'attenzione che meritava, anzi fu causa principale che l'Accademia le si opponesse violentemente e alla fine la respingesse. Questa idea non fu, io credo, d'altri che del solo autore di essa, il quale pure l'abbandonò tosto.

Non sarà inutile l'entrare in qualche particolare della storia della sifilizzazione, da quel tempo fino al giorno d'oggi. Essa per la prima volta fu messa in pratica su ampia scala nel gennajo 1851 da Sperino medico e chirurgo in capo del sifilicomio di Torino; nel maggio dello stesso anno fece una relazione alla Società Medico-Chirurgica di quella città, nella quale diede la storia di cinquantadue prostitute curate dalla sifilide con questo nuovo metodo; nel 1853 poi pubblicò un'opera voluminosa sulla sifilizzazione, nella quale si tratta ampiamente l'argomento e il numero delle cure viene portato a novantasei. Frattanto Gamberini a Bologna, Galligo a Firenze proseguivano in simili ricerche con risultati favorevoli alla nuova dottrina.

La pratica della sifilizzazione per la cura della sifilide, originata per tal modo frammezzo agli ardenti temperamenti dell'Europa meridionale, doveva subire altri studj per parte delle teste più fredde di un clima nordico; colà si proseguì con tutto il candore e l'imparzialità nella scientifica ricerca, sì che fu assolta dall'accusa d'essere prodotto di teste esaltate, anzi la ridussero degna di tutta la considerazione. Il Dottore Guglielmo Boeck professore di medicina all'Università di Cristiania viaggiando in Italia nell'anno 1851, udì degli esperimenti di Sperino, e ritornando in patria s'accinse a ripeterli. Però non potè ottenere del virus inoculabile fino all'ottobre 1852; allora fece le prime inoculazioni e nel marzo del 1858 aveva già sifilizzati più di duecento individui. [1]

[1] Edinburgh Medical and Surgical Journal, april, 1858.

Altri medici Scandinavi tentarono anch'essi la stessa pratica così estesamente, che i risultati ottenuti in Svezia e Norvegia son quelli che meritano maggiormente la nostra attenzione, e che ci danno i migliori dati per giungere alla corretta spiegazione dei fenomeni osservati primamente da Auzias-Turenne e da Sperino.

Il modo di fare la sifilizzazione è semplicissimo; si fanno delle inoculazioni successive di materia ulcerosa su parti adattate del corpo; si scelgono per lo più o la parte inferiore dell'addome, o le braccia, o le cosce. Sperino preferisce la prima regione, Boeck le altre. Ad ogni volta susseguente, si prende il virus dalle piaghe prodotte colle inoculazioni antecedenti; Boeck ne fa da otto a dieci ogni tre giorni. Non è bene il farne di più o più di frequente, poichè s'è veduto che quando il processo della sifilizzazione si compie con gran rapidità, si raggiunge tosto l'immunità prima che siano guariti i sintomi sifilitici.

Boeck non ricorre mai alla sifilizzazione per la sola sifilide primaria, ritenendo come incerto ch'abbiano a seguire i sintomi generali, e limita quindi questa pratica alle forme secondarie e terziarie della malattia. Dice che i primi venti o trenta ulceri solamente raggiungono un'estensione considerevole, che i susseguenti si fanno sempre più piccoli, e che alla fine l'inoculazione della materia primamente impiegata, cessa di avere effetto alcuno introdotta che sia sotto l'epidermide. Ottenuta l'immunità contro il primo virus, egli prende della materia recente da un'altra fonte, colla quale produce una nuova serie di inoculazioni, ma le piaghe non riescono mai così larghe, nè se ne possono ottenere tante come nella serie antecedente. Per una terza, una quarta ed anche una quinta volta, adoperando nuova materia, si può ottenere ancora qualche pustula insignificante; ma alla fine quando nessuna recente materia di qualunque fonte non ha più effetto veruno, allora si è ottenuta una immunità completa e duratura. Vedremo più innanzi come il Dottore Faye ed altri, neghino questo assunto del Dottore Boeck; il quale dice che in qualche raro caso potè effettuare la guarigione duratura della sifilide colla materia di una sola fonte.

Boeck prosegue risolutamente la cura ad onta di qualunque sintomo allarmante possa sopraggiungere. Ritiene che il fagedenismo sia un'indicazione per perseverare colle inoculazioni, non si spaventa dell'irite intercorrente, e dice che si dissipa spontaneamente e senza alcuna cura speciale.

Quanto ai risultati di questa pratica, Boeck divide i pazienti in due classi, quelli che non ebbero alcuna cura anteriore, e quelli che hanno già preso mercurio. Egli trovò che quelli della prima classe senza una sola eccezione, si possono guarire colla sola sifilizzazione; quelli della seconda non migliorano colla stessa uniformità; si notano delle frequenti recidive, e spesso è necessario l'amministrare dei preparati di iodio insieme alla cura della sifilizzazione.

Boeck ricorre alla sifilizzazione, tanto nella sifilide dei bambini come degli adulti. L'effetto sulla salute generale è veramente benefico. I pazienti possono mangiare e bevere come meglio piace loro, continuando nelle loro solite occupazioni. I soggetti deboli guadagnano in carni e forze, e dopo essere stati completamente sifilizzati, sono ancora sani e in forze come prima d'ammalarsi di sifilide.

Fino a quando Boeck fece la sua relazione alla Società Medico-Chirurgica di Edimburgo, il 3 marzo 1858, aveva osservate solamente tre recidive in cento casi, le quali furono curate con una seconda sifilizzazione, e per questa seconda volta non si richiedettero che poche inoculazioni.

La durata media della cura nei casi ordinarj fu di circa sei mesi, e nei casi più gravi di sifilide inveterata da sette ad otto mesi.

Riassumendo i risultati di questa pratica Boeck dice: — Io ebbi invero, la convinzione e la prova più sincera:

— 1. Che non v'è nulla di più certo nella terapeutica medica e chirurgica quanto il fatto della curabilità della sifilide costituzionale mediante la sifilizzazione.

— 2. Che questo metodo di curare la sifilide costituzionale è di gran lunga assai più sicura d'ogni altro metodo di cura col mercurio, coll'iodio, colla fame, o con qualunque altro mezzo proposto.

— 3. Che questo metodo non ha in sè i pericoli e i danni della cura mercuriale, e

— 4. Che le recidive sono più rare che con qualunque altro metodo di cura della sifilide secondaria e terziaria. [1] —

[1] Lettera al Medical Times and Gazette, settembre 19, 1857.

Boeck oscillò alquanto d'opinione circa alla necessità di continuare la cura dopo dissipati i sintomi sifilitici e fino a che si è raggiunta l'assoluta immunità, ma tanto gli ultimi suoi concetti come i primi, sono in favore di questo piano.

Il Dottore Faye di Cristiania, che ebbe una parte assai eminente nelle discussioni relative alla sifilizzazione, quantunque ei non abbia fatto un'esperienza personale in tal pratica, non le nega la facoltà di guarire la sifilide, ma sostiene che la supposta immunità sia fittizia, e che, applicando il virus ulceroso in maggiori quantità e più profondamente sotto la pelle, le inoculazioni riusciranno quasi sempre. Egli riferisce due esempj nei quali potè in tal modo produrre degli ulceri in persone che avevano subito un corso di sifilizzazione, e che si ritenevano non suscettibili d'altre inoculazioni.

Molti altri medici di Svezia e Norvegia ricorsero alla pratica della sifilizzazione; tra questi emerge il Dottor Danielssen di Bergen, che impiegò le inoculazioni di virus ulceroso a due scopi, per curare la sifilide, e nella speranza (che fin ora non parve realizzata), di modificare la costituzione delle persone affette da lebbra, però senza lue sifilitica, onde distruggere la diatesi lebbrosa. Il Dottore Danielssen crede che la così detta immunità contro il virus ulceroso che si suppose raggiunta saturando l'organismo col veleno della sifilide, non sia altro che una perdita di potere reagente della pelle, il qual potere tosto o tardi si riacquista; pertanto secondo quest'opinione, che io credo corretta, l'immunità non è duratura, ma solo temporaria.

Parmi d'aver detto a sufficienza sul modo di compiere la sifilizzazione, e sull'origine e progresso di essa fino al giorno d'oggi. Ci resta a ricercare qual credito si possa dare ai risultati riferiti dai sostenitori di questa nuova pratica, e come si debbano spiegare i fenomeni che, ci si dice, furono osservati.

1. La sifilizzazione è dessa un metodo di cura efficace e sicuro della sifilide costituzionale? — Coi testimonj davanti a noi, non ci può essere che una sola risposta alla questione, e affermativa. Le inoculazioni di Boeck, di Danielssen e d'altri, furono fatte non già nella pratica privata ed osservate solo da poche persone, ma nei pubblici ospedali, dove poterono essere veduti da chiunque voleva informarsene. La novità della cosa attirò

naturalmente numerosi visitatori, non solo dalle vicinanze ma da lontano, e fra tutti costoro non una voce s' elevò a mettere in dubbio le cose riferite, al contrario tutti ne attestano la verità. In una calda discussione sulla teoria della sifilizzazione, che ebbe luogo alla Società Medica di Norvegia, e che fu continuata per sei sedute, si ammise generalmente che non si potevano impugnare i fatti; anzi diversi membri che avevano dapprincipio combattuta caldamente la novità, indotti dalla discussione ad esaminarla più diligentemente, le fecero alla fine pubblica adesione.

Fra i visitatori forestieri che per esperienza personale favorivano la sifilizzazione e che per la posizione che occupavano, davano maggior peso alla loro testimonianza, c'era l'editore del *Dublin, Quarterly Journal of Medicine*, e l'autore di un bellissimo articolo nella *Medico-Chirurgichal Review*. Il primo dice: — In una visita che fece l'editore di questo giornale a Stocolma lo scorso autunno (1856) accompagnato dall'amico professore Malmsten nell'ospedale Seraphim, vidde alcuni casi di sifilide secondaria che erano stati guariti, ed alcuni avviati alla guarigione, mediante il trattamento della sifilizzazione, dopo che erano stati ostinatissimi ad onta d'ogni altro mezzo terapeutico. Questo argomento lo interessò moltissimo, tanto più che prima egli aveva creduto di screditare quanto era stato pubblicato circa all'efficacia di tal pratica come agente terapeutico; ma non potè più dubitare dinnanzi al fatto, dinnanzi alla testimonianza dei più celebri medici e chirurghi della capitale svedese. [1]

L'altro dice: — Pare infatti un'esagerazione il sostenere che uno dei veleni animali più intensi, si possa per così dire distruggere coll'introduzione di recente veleno nell'organismo, finchè in ultimo il virus venereo non ha sul paziente un'effetto maggiore d'una goccia d'acqua. Bisogna ammettere come fatto incontrastabile che succede questa immunità. Le testimonianze di Boeck, di Danielssen, di Sperino, di Auzias-Turenne, di Carlsson, di Stenberg, tutti concorrono a dimostrare questo fatto; visitando Cristiania nello scorso estate, noi non incontrammo alcuna contraddizione in proposito, nè tra i pazienti, nè tra i collega del Dottor Boeck. —

[1] Gazette Médicale de Lyon, num. 19, 1860.

Riguardo al miglioramento della salute generale durante il processo di sifilizzazione, dice ancora: — Per quanto possa sembrare singolare, ciò è però verissimo, come potemmo verificare coll'osservazione nostra personale negli ospedali di Cristiania e di Bergen. Ci intrattenemmo con diversi pazienti, li interrogammo su ciò, e tutti dichiararono che durante questa cura la loro salute guadagnò assai. Si concedeva loro una buona dieta nutriente, per lo che si può argomentare che ciò contribuisse per molto al miglioramento osservato, poichè s'avevano un nutrimento migliore di quello ordinario al lavoratore norvegio. La debolezza, l'insonnia, e i dolori rassomiglianti al reumatismo, si dissiparono rapidamente; e molti pazienti presentarono un aspetto di florida salute quale non ci saremmo aspettato. Inoltre i pazienti, una volta guariti, potevano tosto ritornare alle loro occupazioni, esporsi alle intemperie, alle vicissitudini del clima, all'umido, al freddo, senza il pericolo di tristi conseguenze, come giustamente si temerebbe in quelli che hanno fatto una cura mercuriale. [1] —

Un distinto scrittore sulle malattie veneree, Melchior Robert di Marsiglia, pubblicò cinque casi di felice trattamento di sifilide per mezzo della sifilizzazione, e si dichiarò un convertito alla nuova dottrina. [2]

Il Professore Hebra (stando a quanto dicono alcuni giornali medici recenti) è della stessa opinione. Finalmente Diday,[3] in una critica dell'opuscolo di Melchior Robert, ammette che i sintomi sifilitici si dissipano colle ripetute inoculazioni del virus ulceroidale, ma solo, com'egli dice, in conseguenza dell'azion depurativa, e non per assorbimento del veleno.

Con tante prove dinnanzi a noi, o dobbiamo negare il valore

[1] Dublin Quarterly Journal of Medical Science, febbrajo, 1857.

[2] British and Foreign Medico-Chirurgical Review, aprile 1857. — Dichiaro che debbo molto a questo giornale per quanto vi si contiene riguardo alla presente sezione: accenno specialmente poi un altro articolo dello stesso autore nello stesso giornale gennajo 1857, dove l'autore abbandona la teoria che l'organismo si saturi coll'assorbimento del virus, e adotta l'opinione del Dottor Danielssen, che la scomparsa dei sintomi dipende dalla prolungata suppurazione.

[3] Opuscolo in-8° pag. 45, Marsiglia, 1859.

delle testimonianze od ammettere la sicurezza e l'efficacia della sifilizzazione nel trattamento della sifilide.

2. COME SI DEVONO SPIEGARE I FATTI DELLA SIFILIZZAZIONE? — Auzias-Turenne e Sperino credevano che l'effetto terapeutico della sifilizzazione dipendesse dall'assorbimento del virus e dalla saturazione di veleno dell'organismo; ma, come osserva il Dottor Faye — nessun sistema di fisiologia o di patologia ci indicò fino ad ora una zimosi cronica o avvelenamento del sangue, il quale con una costante *reintroduzione* del veleno, in un caso agisce beneficamente, e nell'altro è seguito dalle più serie conseguenze. — Questa teoria della sifilizzazione, emessa da' suoi fondatori, era sì contraria ad ogni regola di patologia, che si ebbero grandi difficoltà ad accettare la nuova dottrina. Boeck non era del parere di aderire alla nuova teoria ed opponeva che se la saturazione avesse luogo realmente, i sintomi invece di migliorare avrebbero peggiorato. Egli però non credette di esporre un'altra idea in sostituzione, e confessò di adottare la pratica, solamente come cosa empirica. Faccio osservare che nessuno di questi tre autori ammette una distinzione tra il virus dell'ulcero molle e il virus dell'ulcero duro. —

Il primo approssimarsi alla vera interpretazione dei fatti osservati nella sifilizzazione si ebbe per opera del Dottor Faye, il quale, come già dicemmo, negava la facoltà profilattica di questo metodo, e diceva che l'addutta immunità contro il virus non era che — una temporaria immunità della pelle sovra stimolata, e che la guarigione dei sintomi sifilitici dipendeva dall'azione depurativa delle piaghe destata dalle successive inoculazioni. —

Questa teoria alquanto più conforme alle nostre idee di patologia che non quella emessa da Auzias e da Sperino, mancava ancora in questo che non era sostenuta da fatti conosciuti, onde non si attirò l'attenzione che meritava. La prova che mancava venne fornita da Danielssen; le sue esperienze di sifilizzazioue sui lebbrosi non affetti da sifilide, dimostrarono definitivamente che non ha luogo assorbimento del virus, e che per conseguenza la guarigione dei sintomi sifilitici non può dipendere dalla saturazione di veleno dell'organismo. Ei dà la storia di sei casi di inoculazioni eseguite su persone senza sifilide, col virus comunemente adoperato nella sifi-

lizzazione; ma non si spinse però la cura fino alla così detta immunità, e in nessuno dei sei casi comparve alcun sintomo generale.

Riguardo a questi casi ecco quali osservazioni fa Danielssen: — Da questi particolari sembra che nè un ulcero, nè due, nè tre, nè sei, nè trentasei, nè centotrentasei, abbiano determinata la sifilide secondaria nei casi precedenti, e quindi che la diretta operazione delle inoculazioni siasi esclusivamente limitata al punto dove si manifestarono gli ulceri. Se così è, noi saremo giustificati asserendo, che non avremo diverso risultato con nessun maggior numero di ulceri. La nostra esperienza ci conferma in questo assunto; fuor d'una sola eccezione, della quale diremo più tardi, nessuno di questi individui, già scevri affatto da lue sifilitica e che io sifilizzai, nessuno fu affetto da sifilide secondaria; nè negli organismi loro si notò alcun indizio che ci dicesse che c'era la diatesi venerea. Anche in quelli che erano già stati affetti da sifilide, io non osservai, durante la sifilizzazione, la più piccola traccia per la quale si potesse argomentare che si erano di nuovo imbevuti di veleno. Ben lontano dal vedere nella sifilizzazione un nuovo fatto fisiologico, come lo chiama Boeck, trovai invece ch'essa conferma un assioma già stabilito da lungo tempo, cioè che il semplice ulcero molle non affetta l'organismo, e che quindi non ne deriva sifilide costituzionale. Fra le diverse migliaja d'ulceri artificiali che ho veduti, non ne osservai alcuno (fuor d'un solo) che non fosse di questo carattere, e ciò tanto nella mia pratica come in quella de' miei colleghi, ed ulceri inoculati in ogni parte del corpo. Anche sulla faccia, all'inoculazione seguiva l'ulcero molle, al contrario dell'esperienza di Ricord, che là ha sempre osservato l'ulcero indurito. [1] —

Il caso eccezionale di cui si fa cenno in queste osservazioni è assai importante, poichè torna di buonissimo argomento a sostenere quanto si è qui assunto. Si praticò la sifilizzazione su un lebbroso, col virus di ulcero molle, estendendola fino a circa quattrocento inoculazioni; fra queste s'innoculò per caso la secrezione di un ulcero duro. La ferita d'innesto guarì, ma un *mese dopo si manifestò un ulcero indurito, susseguito da segni indubbj di sifilide*

[1] Medico-Chirurgical Review, gennajo, 1859.

secondaria; mostrando così che le precedenti inoculazioni col virus ulceroidale, locali nell'azion loro, non avevano menomamente protetto l'organismo contro la vera sifilide.

Le conclusioni di Danielssen quanto al virus che si impiegò nei casi citati di sifilizzazione, nacquero da un esame degli scritti di Boeck ed altri. Boeck per esempio, dice che la miglior materia da adoperarsi agli scopi della sifilizzazione, sia quella che si prende da un ulcero accompagnato da bubone suppurante; ma un ulcero primario con tale compagno è per lo più un ulceroide e non un vero ulcero. Più, tutti gli osservatori in argomento, stabiliscono che, una pustula al secondo o terzo giorno dell'inoculazione è abbastanza sviluppata da poterci dare materia per altre recenti inoculazioni; ma la mancanza di un periodo di incubazione e la forma pustulare all'esordire, sono caratteri di un ulcero molle non di un ulcero duro. Il valore di questa testimonianza di Boeck acquista importanza, perchè ci vien dato da chi non riconosce alcuna distinzione tra le due specie di piaghe primarie. Non ostante, non c'è alcuna necessità di andar in cerca di queste minori indicazioni, perchè si possa determinare quale specie di virus si sia adoperata nelle inoculazioni positive su persone già infette da sifilide, poichè gli esperimenti di Rollet e di molti altri, hanno definitivamente dimostrato che in tali circostanze possono riuscire solo quelle che si fanno colla secrezione di un ulceroide.

Troviamo altresì che, da ultimo si adoperò anche la materia tolta solamente da ulceri infettanti. [1] Or questo fatto così opposto all'esperienza degli autori ora citati, non può essere accettato senza prove ulteriori; ma ammettendo anche che sia vero, non ne segue che il virus venga assorbito, poichè Diday [2] dimostrò che l'impianto del virus su persona già infetta può produrre una piaga locale senza reazione costituzionale; e non ci può restar dubbio che le inoculazioni agiscano solo in modo depurativo come quelle del virus ulceroidale.

[1] Bidenkap, Apercu des différentes Methodes de Traitment employés à l'Hôpital de l'Université de Christiania contre la Syphilis constitutionelle Medical Times and Gazette, ottobre 31, 1863. pag. 468

[2] Vedi il Capitolo I di questo volume.

Come già dicemmo, Danielssen attribuisce la scomparsa dei sintomi sifilitici durante il processo della sifilizzazione, all'azione depurativa, e in conferma di tale opinione fa notare il fatto che nella sifilide terziaria, la natura stessa determina spesso delle suppurazioni profonde per le quali, mantenendosi le forze, si dissipano tutti i sintomi secondarj.

Ammettendo la plausibilità e con tutta la probabilità l'esattezza di questa spiegazione, non possiamo però dedurre che si otterrebbe le stesso effetto cogli emuntorj o coi setoni; poichè l'ulcero molle, una volta piantato sotto l'epidermide, si mantiene da solo sull'integumento per settimane, per mesi, ed è assai difficile lo sradicarlo; mentre una ferita prodotta dal coltello o una piaga da caustico tende sempre a guarire e non la si può tener aperta che mediante gli irritanti, o coll'introduzione di qualche sostanza straniera; poichè le condizioni di essere di queste due lesioni sono così diverse, non è sragionevole il supporre che l'effetto non sarà lo stesso. Prima però di decidere definitivamente questo punto si richiedono altre osservazioni, altri esperimenti.

Il solo che se ne sia occupato, per quanto io sappia, è Cullerier, [1] che provò la rapida successione di molti vescicanti nella cura della sifilide e dice ch'essi a poco a poco perdono l'effetto loro sulla pelle e alla fine non eccitano che poca o nessuna irritazione. L'effetto di questa cura sulle forme sifilitiche, pare che non sia stato molto soddisfacente, quantunque si dica d'averne ottenute diverse guarigioni.

È inoltre nota l'azione benefica in molti casi di sifilide, dei catartici, dei diaforetici, dei diuretici. Pare da ultimo ammesso che Lindwurn e Hjort abbiano adoperate le unzioni col tartaro emetico nella cura della sifilide, ad effetto di ottenere guarigioni più rapide che non coll'inoculazione di materia ulceroidale. [2]

Tutto quanto si sa fino od oggi dei risultati della teoria della sifilizzazione si può riassumere nelle seguenti proposizioni: —

1. Pare certo che la cura della sifilide mediante la sifilizzazione

[1] Parisot, Traitement de la Syphilis par les Vésicatoires Multiples: Thèse de Paris. — Archives Générales de Médecine, luglio, 1858.

[2] Dublin Quarterly Journal of Medical Science, maggio 1861.

sia, in efficacia e sicurezza, eguale e forse superiore alla cura della stessa malattia mediante il mercurio.

2. La suscettibilità della pelle a sviluppare l'ulceroide, diminuisce coi ripetuti innesti, fino a raggiungere apparentemente l'immunità.

3. Nelle inoculazioni di sifilizzazione riuscite su persone affette da sifilide, fu adoperata con successo solamente la secrezione di ulceri semplici.

4. Non ha luogo alcun assorbimento del virus, e l'effetto terapeutico dipende probabilmente dall'azione depurativa della suppurazione prolungata.

5. L'immunità che si acquista, forse non è nè assoluta, nè duratura, e consiste in una parziale e temporaria perdita delle facoltà reagenti della pelle in conseguenza di una eccessiva stimolazione. [1]

6. I fatti della sifilizzazione non urtano, ma sostengono la dottrina della dualità del virus ulceroso.

Mentre lo studio della scienza non si deve mai proseguire a danno della moralità e della modestia, nessuna falsa idea di moralità o di modestia però, dovrà fermare l'uomo di scienza che si inoltra nelle ricerche di verità che possono tornare di vantaggio all'uomo. La sola immoralità ed immodestia in argomento di sifilizzazione, quale fu proposta in origine, era il crudele progetto de'suoi fondatori, di assoggettare a questo processo le persone scevre da lue sifilitica. Di quanto piccolo vantaggio possa essere questo passo, lo dimostra il citato caso riferito da Danielssen. L'idea stessa fu tosto abbandonata anche da coloro che l'avevano immaginata; al giorno d'oggi non trova più nessuno che la difenda. Sciolta da questa stranezza e sostenuta com'è adesso dalla testimonianza di uomini illustri, la sifilizzazione è un argomento di puro interesse scientifico, cui nessuno deve temere nè di discutere, nè di esperimentare

[1] Ogni pratico avrà osservato, io credo, che nell'uso dei topici che contengono olio di croton, ammoniaca liquida e simili, è necessario di quando in quando aumentare la proporzione dell'irritante, diversamente l'applicazione cessa di agire sulla pelle.

con tutta diligenza, prefiggendosi l'ottimo scopo di riuscire ad una più sicura guarigione della sifilide, la cura della quale col mercurio, coll'iodio, è, lo confessiamo tutti, imperfetta. Al tempo stesso bisogna convenire, che il metodo col quale si compie la sifilizzazione è ripugnante, e che è bene il predire che questa pratica non verrà adottata generalmente, almeno in questo paese, fino a tanto che le già valide prove in favore, non siano seguite da altre che ce la dimostrino perfettamente sicura.

CAPITOLO VI.

FEBBRE SIFILITICA. STATO DEL SANGUE.
INGORGO DEI GANGLJ LINFATICI.

Il comparire della sifilide secondaria è quasi sempre preceduto da certi sintomi che rassomigliano a quelli che precedono gli esantemi; furono chiamati *febbre sifilitica*, e da Diday *prodromi sifilitici*. Su 199 casi di eritema sifilitico, Bassereau li osservò in 143, e su 50 casi di papule sifilitiche li notò in 34; lo stesso autore spiega la loro mancanza nella minor parte dei casi dicendo, o che passarono inosservati, o che si amministrò mercurio per la piaga primaria. In 40 casi di sifilide generale osservati da Diday nei quali s'era già dato mercurio, si notarono questi segni in 37. Victor de Meric inclina a metterne in dubbio la costanza; io però li viddi di sicuro nella maggior parte dei casi di primi sintomi secondarj, nelle persone che non erano state assoggettate a cura alcuna.

Quantunque questa febbre preceda generalmente di otto o dieci giorni l'eruzione secondaria, è impossibile il ritenerla un vero foriero dell'eruzione, poichè spesso continua anche dopo che questa si è manifestata, ed in qualche caso comincia al tempo stesso od anche vien dopo.

I sintomi sono per lo più cefalea, dolori nelle varie parti del corpo che rassomigliano a nevralgia o reumatismo, e senso di malessere generale, di sfinimento; il paziente è abbattuto d'animo, pallido, svogliato, sparuto, non si sente più voglia d'attendere alle solite occupazioni, va dimagrando quantunque la quantità del cibo sia la medesima. Soffre di cefalea che può essere notturna, ma che

però spesso, a differenza della cefalgia della sifilide terziaria, ricorre in parossismi abbastanza gravi senza alcuna relazione nè col giorno nè colla notte; certe volte è diffusa a tutto il cranio, certe altre limitata alla regione frontale.

Spesso il paziente ha degli accessi periodici, costituiti da brividi di freddo cui seguono caldo e sudori, i quali accessi ricorrono assai regolarmente ad una data ora del giorno, per lo più verso sera, e non è difficile lo scambiarli per febbre intermittente. Infatti Bassereau e Yoaren [1] riferiscono diversi casi nei quali si prese questo abbaglio.

I dolori che appartengono a questa categoria di sintomi, non sono altro che un senso di rigidità di varie parti del corpo, per esempio di una o più articolazioni, del collo, del dorso, del polpaccio delle gambe, ecc. Qualche volta c'è dolore locale nel movimento della parte, il quale però cessa ritornando al riposo. Più di rado, nelle ossa, specialmente quelle in vicinanza delle articolazioni, il paziente accusa un dolore più o meno costante, più o meno indipendente dal moto. Ne sono più spesso affette le maggiori articolazioni delle estremità superiori ed inferiori, e qualche rara volta l'effusione infiammatoria fa sì che il moto dell'articolazione sia stentato e doloroso. Bassereau cita un caso osservato nelle sale di Ricord; c'era gonfiore dell'articolazione del ginocchio, c'era rossore, incapacità di estensione, il qual insieme un giovane chirurgo aveva preso per una lussazione e tentò la riduzione. Quasi sempre però, non ci sono segni di infiammazione locale, tranne forse un leggier senso di dolore alla pressione. Il dolore passa di articolazione in articolazione, o in altre parti del corpo, per esempio al di dietro del collo, alla regione lombare, sullo sterno, ecc., e qualche volta vi si comprende la continuità delle ossa.

In alcuni casi c'è disordine delle funzioni digerenti, diminuisce l'appetito, sporca la lingua, nausea, diarrea. In altri mancano questi sintomi, anzi ci può essere un appetito disordinatamente aumentato. Si notarono altresì l'epistassi, l'edema degli arti inferiori, le palpitazioni, e il *bruit de souffle* che accompagna il primo suono del cuore tanto alla regione cardiaca quanto alle carotidi.

[1] Metamorphoses de la Syphilis, pag. 173.

Secondo Bassereau questi sintomi si fanno generalmente più gravi e persistono per qualche tempo dopo che s'è manifestata l'eruzione; in alcuni casi però cessano tosto coll'erompere dell'eritema delle papule sifilitiche, oppure diminuiscono e vanno a poco a poco dissipandosi in una settimana o due. Non migliorano col mercurio, al contrario peggiorano se si fa uso all'eccesso di questo specifico; questo fatto ci farebbe supporre che questi sintomi non dipendono direttamente dall'avvelenamento sifilitico. Diday crede che si debbano ascrivere alla cloroanemia che si determina in questo periodo; comunque sia si curano meglio coll'amministrazione dell'ioduro di potassio insieme al ferro. Questi rimedj non influiscono sui sintomi secondarj che possono coesistere; bensì si deve differire la cura diretta di questi ultimi fin dopo scomparsi i prodromi sifilitici.

Stato del sangue. — Il malessere, la stanchezza, la cefalea, il pallore, le palpitazioni, il *bruit de souffle* che appartengono a questa categoria di sintomi generali, sono indizj di cloroanemia; che realmente esista questa condizione dell'organismo a questo periodo dell'infezione costituzionale, lo provano le analisi del sangue fatte da Grassi sotto la direzione di Ricord; risulta da queste analisi che nelle persone che hanno ulceri infettanti c'è una diminuzione dei corpuscoli sanguigni e un aumento nella proporzione dell'albumina; la quantità della fibrina non si altera. Questa cloroanemia si limita al primo periodo dell'infezione costituzionale; il sangue poi riprende la sua solita composizione e la serba per tutto il corso della malattia, a meno che non si determini la cachessia sifilitica.

Quantunque non si riferisca all'argomento di cui ci occupiamo ora, si può però dire per incidenza, che in una seconda serie di analisi fatte da Grassi e Ricord, si trovò che il sangue di individui con ulceri semplici è inalterato; così questi esperimenti, fatti prima che si movesse la questione della dualità del virus ulceroso, confermano la distinzione ora ammessa tra l'ulceroide e l'ulcero infettante. [1]

[1] Ricord, Leçons sur le Chancre, 2. ediz., pag. 184.

INGORGO DEI GANGLJ CERVICALI. — Uno dei sintomi più importanti del primo periodo di infezione costituzionale, cui il medico non dovrebbe mai trascurare nei casi di diagnosi difficile, è l'ingorgo dei ganglj linfatici di varie parti del corpo e specialmente di quelli situati lateralmente e posteriormente al collo. Non intendo parlare dell' indurimento dei ganglj in relazione anatomica colle piaghe primarie, i così detti ganglj induriti, che assumono la loro durezza cartilaginea circa al tempo stesso della base dell'ulcero. Il sintomo di cui parlo è un ingorgo, non indurimento, delle ghiandole a certa distanza dal punto dove il virus entrò nell' organismo, e che si manifesta sei od otto settimane dopo l'ulcero, insieme ad altre prime forme secondarie.

Nella maggior parte dei casi, in questo periodo della malattia c'è questo sintoma. Ricord lo ritiene il primo, il più costante, il più caratteristico forse tra i sintomi di sifilide costituzionale. [1] Bassereau [2] lo trova in novanta sopra cento dei casi di eritema sifilitico ch'egli osservò; nella maggior parte dei casi eccezionali, i pazienti avevano preso mercurio o non si erano visitati se non qualche tempo dopo la comparsa dell' eruzione. È un primissimo sintomo di infezione costituzionale, e quando si manifesta, ciò avviene entro un anno dal contagio. Ricord dice che è rarissimo nelle persone che contraggono sifilide dopo il quarantesimo anno di età; Bassereau ne ha veduto tuttavia un caso in un uomo di sessantre anni e un altro in uno di settantaquattro; ond'è che questa regola pare tutt'altro che invariabile.

Le ghiandole affette più di spesso sono quelle situate lungo i due terzi superiori del margine posteriore del muscolo sterno cleido mastoideo; possono però ingorgarsi anche quelle alla region posteriore del collo sotto l'occipite, ed alla regione posteriore all'orecchio sul processo mastoideo. In una sola persona non si ammalano tutte le ghiandole delle regioni ora accennate; la maggior parte delle volte sono una, due, di rado assai si arriva alle sei, alle otto. È difficile il rilevare questi corpi in un individuo sano; ma quando

[1] Iconographie, Note sul caso rappresentato alla tavola XLV.
[2] Op. cit., pag. 68.

sono ingrossati per sifilide, possono raggiungere il volume di una fava, di una mandorla; certe volte sono prominenti al punto da essere riconoscibili all'occhio come al tatto, anche di persone non dell'arte. In via generale, il loro numero e volume corrisponde all'estensione ed alla gravezza della eruzione sull'epicranio poco lontano.

Nello stesso modo si possono ingorgare altre ghiandole oltre a quelle del collo. Sigmund ha insistito particolarmente su una ghiandola linfatica situata tra il bicipite e il tricipite al disopra del condilo interno dell'omero, dove io pure l'osservai parecchie volte, quantunque non la ritenga così costante come vorrebbe farlo credere Sigmund. Bassereau trovò affette le ghiandole dell'ascella, ma solo nel caso di eruzione papulosa o pustulare in vicinanza della spalla. Spesso si tumefanno anche i ganglj sottomascellari, quando la gola è sede di angina sifilitica, e quando la bocca è piagata dal mercurio.

Questo ingorgo dei ganglj linfatici termina quasi sempre per risoluzione. In un sol caso, per quanto io sappia, vi fu suppurazione. Ciò avvenne in un paziente di 30 anni, d'abito scrofoloso, curato da Bassereau: si formarono due raccolte di materia nel tessuto cellulare intorno alla ghiandola, con febbre valida, e si dovette fare la puntura.

Fuvvi qualche differenza d'opinione sulla questione, se questo ingorgo necessariamente dipenda da una vicina eruzione sull'epicranio o sulla cute. Ricord crede di no, e per appoggiare la sua opinione, dice che ciò succede sovente prima che ci sia la più piccola traccia di eruzione; e per prevenire l'objezione che una pustula d'ectima può sfuggire inavvertita perchè nascosta fra i capelli, Ricord rasò più volte la testa e provò che l'epicranio era sanissimo.

Ammettendo però che l'ingorgo dei ganglj precede l'eruzione, non si urta l'idea della relazione che v'è tra l'ingorgo e l'eruzione, relazione fatta probabile dalla corrispondenza che si notò nell'intensità loro; ognuno sa che il gonfiore delle ghiandole sottomascellari precede sovente l'eruzione di un'erisipela sulla faccia.

Diday opina che l'ingorgo dei ganglj non esista senza la presenza di qualche affezione dei comuni integumenti o delle membrane mucose lì vicino, e che l'ingorgo è in grado corrispondente

a quest'affezione. Per esempio la ghiandola epitroclea è sempre assai gonfia quando sono assai pronunciate le squamme sifilitiche sulla mano. [1]

[1] Anche l'A. Cullerier si è pronunciato del medesimo parere del Diday e di altri, circa la genesi dell'ingorgo ghiandolare chiamato comunemente secondario. Benchè generalmente parlando sia vero, che il risentimento dei ganglj sia dovuto ad una lesione della sifilide consecutiva, risiedente sopra parti situate nella loro giurisdizione anatomica, pure non si può escludere in maniera assoluta la formazione di questi ingorghi senza corrispondenti lesioni o sulla pelle o sulle mucose.

Nel periodo prodromico della sifilide, furono pure notate le paralisi di alcuni nervi cranici: il motore comune dell'occhio, il motore esterno, ed il facciale. La somma rarità di queste affezioni nervose nel periodo precursore, fa dubitare, se esse riconoscano nella sifilide la loro causa, o se pure non siano che semplici coincidenze. Si menzionarono pure casi d'alopecia, verificatisi in questo periodo, ma non furono ulteriormente confermati dalla clinica osservazione.

A. Ricordi.

CAPITOLO VII.

AFFEZIONI SIFILITICHE DELLA PELLE.

Le eruzioni sifilitiche della pelle si distinguono dalle altre eruzioni cutanee per alcune particolarità, nessuna delle quali ha in sè stessa un valore assoluto, ma parecchie insieme bastano generalmente a determinare la diagnosi.

Spesso il *colore* ci indica l'origine sifilitica di un'eruzione. Le parole però non posso dare veruna definita idea di questo colore. Per distinguerlo, per impararlo, bisogna che l'occhio s'educhi a vederlo sul corpo vivo; lo studente non deve trascurare occasione alcuna di paragonare questo ed altri sintomi objettivi di eruzioni specifiche, con quelli che appartengono alle eruzioni di diversa origine. Gli antichi scrittori paragonano questo colore alla superficie del taglio di un prosciutto; [1] or lo si dice comunemente *color cupreo*; ma ambedue questi confronti non danno un'idea esatta della vera tinta che si vuol spiegare. La si direbbe meglio un rossiccio bruno con un po' di giallo mescolato, modificato dal colore naturale della pelle e dall'età dell'eruzione.

Il color di rame però delle eruzioni sifilitiche, non è affatto costante; lo possono simulare varie forme di malattie cutanee non dipendenti da virus sifilitico; ciò che non succede mai nelle placche mucose che sono o rosse o di una tinta bianco grigiastra. Manca in quasi tutti i casi di eritema sifilitico in principio dell'eruzione

[1] — Secate per transversum pernam, talis est color pustularum sine cortice. — Gabriel Fallopius.

e si manifesta allor quando solo le macchie incominciano a dissiparsi; e, come regola generale, in quasi tutte le eruzioni sifilitiche, il color di rame è meno distinto sul principio delle eruzioni sifilitiche che non ad epoca più tarda. Più, le cicatrici del lupus, dell'acne, del vajolo, possono assumere un color bruno rossiccio che facilmente si può prendere per il color cupreo dell'eruzione sifilitica. Non ostante queste facilità ad esser tratti in errore, il quale per altro si potrà evitare usando molta diligenza, la particolarità di cui parliamo è uno dei mezzi migliori per distinguere le eruzioni sifilitiche da quelle di origine semplice.

La *forma circolare*, quantunque frequente, è meno costante nelle eruzioni sifilitiche di quello che vorrebbero farcelo credere le asserzioni di alcuni autori. Manca sovente nelle eruzioni eritematose e papulose del primo periodo della sifilide, e si limita principalmente alle forme pustulare e tubercolare che si manifestano più tardi. C'è anche nella lebbra, nell'erpete, e in altre eruzioni di origine non specifica.

Cazenave insistette specialmente sulla sottigliezza delle squamme e sullo spessore, sul color grigiastro, sulla tendenza a fendersi della croste; Biett sull'orlo stretto, bianchiccio che circonda sovente le placche dell'eruzione sifilitica, e che non è altro che il resto dell'epidermide sfogliata; non dobbiamo però fidarci molto di questi segni.

Le eruzioni sifilitiche che sono accompagnate da ulcerazione, l'impetigine, la rupia, l'ectima, e i tubercoli, si dispongono spesso in gruppi circolari; le loro cicatrici quindi prendono la stessa forma e un colore bruno sporco o bronzato, che a poco a poco si scolorisce lasciando un bianco sporco. Dentro di questi cerchj, c'è generalmente una porzione di integumento che non si ulcerò; e la presenza di depressioni isolate, dovute a pustule o tubercoli distinti, su questa parte di cute sana o intorno al margine esterno del cerchio, è caratteristica delle cicatrici di origine sifilitica. Il lupus ordinario, lascia delle cicatrici che sono alquanto simili a codeste, ma i tubercoli sono così avvicinati che le cicatrici si confondono una coll'altra, e sono altresì meno profonde di quelle or dette.[1] In generale le cicatrici delle eruzioni sifilitiche serbano

[1] BASSEREAU, Op. cit. pag. 31.

per qualche tempo il color cupreo della lesione che le ha precedute, colore che smortisce a poco a poco.

I sifilodermi sono assai persistenti, ma sono tali anche altre eruzioni cutanee di origine non specifica, e sotto questo punto di vista queste due classi sembrerebbero a tutta prima affatto identiche. Pure c'è una differenza, per certe affezioni che appartengono alla prima classe, sia che rimangano del medesimo tipo per un tempo indefinito, sia che si confondano con altre forme; mentre le affezioni corrispondenti della seconda classe sono transitorie e immutabili. Così l'ordinaria roseola scompare completamente in pochi giorni, e la roseola sifilitica, a meno che non venga arrestata dalla cura, persiste sovente per mesi, o dà luogo a papule, a pustule sifilitiche che possono durare per anni.

L'assoluta mancanza o il pochissimo grado di prurito che accompagna i sifilodermi, è un sintoma caratteristico importantissimo. Fa sorpresa il vedere quanto sia poco l'incomodo del paziente anche quando l'eruzione occupa una superficie estesa; invece di soffrire e prurito e senso di calore, com'è nelle altre affezioni della pelle, questa incomoda sì poco il paziente da non accorgersene, od anche da non sapere che vi sia.

Raccogliendo informazioni dai pazienti in proposito, bisogna però andare alquanto cauti. Molti individui interrogati sul grado del prurito, tosto lo dicono assai, mentrechè esaminando la superficie e non trovando le tracce delle graffiature delle unghie, vi avverte che essi hanno esagerato, e una diligente ricerca vi persuaderà alla fine di non esservi sbagliati nel vostro giudizio. Le eruzioni sifilitiche in vicinanza degli organi genitali e sull'epicranio, sono spesso accompagnate da una certa irritazione che può aver luogo anche in altre parti del corpo per un eczema di origine semplice o per scabie.

L'insensibilità della pelle di cui ora si parlava, è spesso un sintoma importantissimo di sifiloderma; il prurito grave suggerirà al medico il sospetto che ci possa essere qualche altra causa che non sia sifilide. Chiamato due volte a curare dei pazienti che si supponevano affetti da eruzione sifilitica, il prurito che li tormentava mi indusse a fare un esame diligente della pelle, e potei scoprire dei pidocchj, sola causa della malattia cutanea.

Bassereau ci indicò la coesistenza di varie forme di eruzioni si-

filitiche sulla stessa persona, il che si nota di frequente, quale elemento importante di diagnosi. Nelle altre affezioni cutanee, è rarissimo, se pur avviene, che si trovino delle macchie, delle papule, delle vesciche e delle pustule; mentre nel primo stadio dell'infezione costituzionale, per la rapidità colla quale un'eruzione sifilitica si confonde con un'altra, tutte queste forme differenti si osservano spesso sulla medesima persona al tempo stesso. Le tarde eruzioni sifilitiche non spiegano questa tendenza al polimorfismo.[1]

Lo stesso autore si occupò anche del carattere tutt'affatto distinto di certe forme di eruzioni sifilitiche, e della differenza che passa tra queste e le affezioni semplici della pelle. Le placche mucose, per esempio, non dipendono che dal virus sifilitico, e certe forme di papule e di tubercoli sono esclusivamente dipendenti dalla stessa causa. Le vesciche sifilitiche sono sovente costituite da una base papulare, con una leggiera effusione di siero alla sommità; le pustule sifilitiche di impetigo stanno su porzioni prominenti e inspessite della cute, caratteri che non ci sono mai nelle corrispondenti affezioni cutanee semplici.

La sede di un'eruzione ne indica spesso l'origine. L'acne semplice per esempio, si limita alla faccia, al tronco, alle estremità superiori; l'acne sifilitico interessa di frequente le cosce, le gambe. L'ectima del cuojo capelluto dipende quasi sempre da veleno sifilitico.

La presenza nel medesimo tempo di veri sintomi sifilitici, ci darà quasi la certezza dell'origine sifilitica di un'eruzione; quantunque non si debba dimenticare che l'infezione costituzionale non impedisce niente affatto che erompano affezioni semplici della pelle.

Bisogna tener conto della storia del caso, ponendo speciale attenzione ai sintomi dell'ulcero pregresso ed alle sue complicazioni, onde esser in grado di determinare se la piaga fu della specie semplice o infettante. La durata di tempo dal supposto contagio, insieme alla forma elementare dell'eruzione, sono pur essi elementi di una certa importanza; così una roseola non potrà dipendere da

[1] Nella tavola X dell'Iconographie di Ricord, si vede un bell'esempio di eruzione sifilitica polimorfa, composta di macchie, di vesciche e di pustule.

un ulcero avuto otto o dieci anni prima, nè i tubercoli potranno derivare da un ulcero contratto due mesi prima. [1]

Finalmente anche l'influenza della cura ci può ajutare nello stabilire la diagnosi; in quei casi nei quali la storia del paziente è imperfetta e i sintomi oscuri, mediante l'effetto di una cauta somministrazione di mercurio e di iodio arriveremo non di rado a determinare se l'eruzione cutanea dipenda da sifilide o da altre cause. Tuttavia non s'ha a dimenticare che non tutti gli ammalati di sifilide migliorano coll'amministrazione di rimedj specifici, onde non si può dire che l'effetto della cura sia elemento infallibile di diagnosi.

Io seguirò la classificazione adottata da Cazenave, e dividerò quindi le eruzioni sifilitiche in queste forme: —

1. L'esantematica.
2. La papulosa.
3. La squammosa.
4. La vescicolare.
5. La bollosa.
6. La pustulare.
7. La tubercolare.

Nella descrizione di codeste eruzioni, mi riferirò non di rado all'opera di Bassereau che è una delle più recenti, e forse la più completa che siasi pubblicata su questo argomento. Indicherò anche con delle note le bellissime tavole dell'Iconografia di Ricord dove si trovano riprodotte le eruzioni delle quali andrò parlando, onde lo studente che abbia occasione di esaminare la grand'opera, possa trovar subito la figura.

Eritema sifilitico *(Roseola sifilitica)*. — L'eritema sifilitico è uno tra i primi e più frequenti sifilodermi. Questa eruzione consiste di macchie irregolari di color roseo o rosso pallido che scom-

[1] I tubercoli ai quali accenna l'autore non sono da confondersi colle papule mucose, la quale distinzione viene chiaramente spiegata dall'autore al Capitolo: Placche mucose.

A. Ricordi.

pariscono colla pressione, a livello della superficie circostante, o isolate o diversamente raggruppate fra loro, in modo da formare delle mezze lune, dei dischi, ecc. [1] Certe volte queste macchie sono di un color più vivo che si dissipa solo in parte colla pressione, sono leggiermente prominenti, presentano delle piccole elevazioni a motivo della distensione dei follicoli cutanei. Questa eruzione è per lo più lenta ed insidiosa nello svilupparsi, si manifesta a preferenza sull'addome, sul torace, alle ascelle, e sulle parti superiori delle estremità superiori ed inferiori, non dà alcun eccitamento febbrile, nè colore, nè prurito, in modo che il paziente non se ne accorge che per caso.

Certe volte però, quando è affrettata dagli stimolanti alcoolici, da un bagno caldo o dal moto prolungato, viene in scena d'un tratto, insieme ad un disturbo generale dell'organismo, e può coprire tutta la superficie dei comuni integumenti compresa la faccia, la quale ne va esente nelle ordinarie circostanze. Io ho veduto due o tre volte che un bagno caldo preso poco prima di una festa, fece erompere la roseola sifilitica sulla faccia e sul collo, della quale tosto s'accorsero gli amici nella sala da ballo.

La roseola sifilitica non si osserva quasi mai sulle mani, la ci può essere però qualche volta, anzi in alcuni casi non si notano che due o tre macchie sul palmo per tutta traccia dell'eruzione. Sulla superficie dorsale, l'eruzione si presenta colla stessa forma come sulle altre parti del corpo, mentre al palmo le macchie sono situate sulle parti più dense della pelle, sporgenti alquanto e dolenti alla pressione, hanno un color cupreo più distinto del solito, e certe volte diventano squamose. [2]

La roseola sifilitica assume a poco a poco un debole color di rame pallido, il quale però in certi casi, manca per tutta la durata dell'eruzione. A meno che non venga frenata dalla cura, è raro che si dissipi in meno di sei settimane, e può anche continuare per qualche mese; mentre se ne va, l'epidermide si esfoglia leggiermente e alle macchie succedono dei punti scoloriti sulla cute, che restano per qualche tempo. Non è raro il caso che in qualche

[1] Iconographie, Pls. XV., XV. bis, ter, et quater.

[2] Iconographie, Pl. XV. ter.

settimana, in qualche mese si abbia una recidiva, per aver sospesa troppo presto la cura per abuso di stimolanti alcoolici o per qualche causa deprimente; e con questa recidiva non di rado ritorna l'indurimento al sito dell'ulcero.

In un altro capitolo, citai già [1] le statistiche di Bassereau relativamente al tempo nel quale si manifesta l'eritema sifilitico; or non farò che porre qui le conclusioni generali che si poterono desumere circa questo punto, da un osservatore sì distinto e sì degno di fede. Quando non s'è dato mercurio per la piaga primaria, codesta eruzione si manifesta per lo più tra il trentesimo e il sessantesimo giorno dopo il contagio; qualche volta tra il sessantesimo e il novantesimo giorno, di rado oltre il quarto mese, rarissimo al quinto; al di là di questo tempo non si nota che come recidiva, o nel caso che sia stato ritardato dai mercuriali. Faccio osservare che qui parliamo delle primissime manifestazioni dell'eruzione, la quale una volta uscita fuori, può persistere per lungo tempo dopo il periodo accennato.

La roseola sifilitica dev'essere assai bene distinta dalle eruzioni eritematose che susseguono qualche volta l'amministrazione di larghe dosi di copaive, di cubebe, le quali eruzioni furono causa che si supponesse falsamente che la blennorragia potesse dar luogo a infezione costituzionale. Il fatto che il paziente prendeva gli antiblennorragici ci farà sempre assai cauti nella diagnosi. La roseola che dipende da tal causa, si può distinguere per l'eccitamento febbrile e pel prurito che l'accompagna quasi sempre, per la mancanza d'altri segni sospetti, per la sua sede su parti del corpo che comunemente non vengono affette dall'eritema sifilitico, e per lo scomparire spontaneo che fa, appena si sospendano gli anti-blennorragici.

I segni concomitanti più frequenti dell'eritema sifilitico sono: le croste sul cuojo cappelluto, una corona di papule color di rame sulla fronte, pustule e papule su altre parti del corpo, ingorgo dei ganglj cervicali, dolori reumatici alle articolazioni, alopecia, placche mucose nella bocca e in vicinanza dell'ano e degli organi genitali, e delle piccole croste giallicce sulle elevazioni papulose dove il

[1] Vedi pag. 175.

naso si unisce alla guancia, ed alle commessure dei labbri (impetigo). [1]

Papule sifilitiche (*Lichen sifilitico*). — Le papule sifilitiche come l'eritema sifilitico, appartengono al primo stadio dell'infezione costituzionale; sono però meno comuni dell'eritema che spesso le precede.

Sono costituite da piccole elevatezze solide degli strati cutanei superficiali, [2] per lo più nelle vicinanze dei follicoli dei capelli a quanto pare, poichè ogni papula nello svilupparsi, è attraversata da un capello che tosto cade. Sono sparse irregolarmente sulla superficie, disposte in gruppi anulari, oppure confluenti. Hanno in principio un colore roseo o rosso vivo che scompare alla pressione; assumono tosto un color rosso gialliccio o cupreo che non si dissipa totalmente.

Si possono ammettere tre forme di papule sifilitiche:

1. La lenticolare; in essa le papule sono alquanto larghe e piatte.

2. La conica; l'altezza eccede la larghezza e rassomiglia assai al lichen comune.

3. La miliare, nella quale le papule sono molto piccole, e quando sono sull'esordire hanno per lo più alla sommità loro una leggiera effusione di siero.

Le papule sono comunissime sull'addome, sul torace, sul dorso, sulla fronte e sulle estremità superiori ed inferiori; ma se non le

[1] La roseola non è un fenomeno costante immancabile dell'esordire dell'iliade celtica, come vollero alcuni autori, i quali credettero che questo sifiloderma erompendo senza disturbi nella salute generale, possa passare inosservato al malato ed al medico stesso, se non esamina giornalmente lo stato della cute. Senza escludere che questo fatto possa verificarsi, ed ammettendo anche che accada con una certa qual frequenza, l'osservazione clinica rigorosa, non ci permette però di accettare per assoluta quella opinione.

Si osservano molte volte dei malati nei quali, dopo l'accidente primitivo di sifilide si sviluppano le papule mucose ai pudendi od alla bocca, oppure eruzioni papulose secche, o pustulose, senza che il più accurato esame abbia constatato, dalla prima infezione a quest'ultime forme dermatiche, la presenza dell'eritema sifilitico.

A. Ricordi.

[2] Iconographie, Pl. XVII, bis.

ferma la cura, si estendono assai di sovente a tutti i comuni integumenti; è raro però che si osservino sull'epicranio, che è pur la sede ordinaria delle pustule sifilitiche.

Si svolgono per lo più lentamente e per invasioni successive, di modo che la medesima persona presenta quasi sempre delle papule nei diversi stadj. Certe volte però, vengono fuori d'un tratto, e in pochi giorni coprono tutto il corpo; or quando si svilupparono sì rapidamente, hanno la sommità coperta da una leggiera effusione di siero, che si essicca e forma una squamma situata su una base papulosa.

Le papule sifilitiche si trovano spesso sulla fronte dalla radice dei capelli alle gobbe frontali, dove formano la nota varietà della *corona veneris* così detta, la quale può però essere costituita anche da altre lesioni elementari. È specialmente quì dove le squamme che si formano alle sommità delle papule cadono, lasciando delle piccole abrasioni di color di rame lucente, veramente caratteristiche di sifilide, e che denunziano la natura del morbo all'occhio sperimentato. [1]

Le papule sifilitiche sono assai pertinaci, ed anche assoggettate a conveniente cura, si dissipano di rado prima di un mese o due. Col determinarsi della risoluzione, il color di rame si cambia dapprima in una tinta bruna poi in grigiastra; qualche volta ha luogo una copiosa desquammazione epidermoidale con un po' di prurito. Assai di rado finiscono colla suppurazione e coll'ulcerazione, eppure sono spesso susseguite da depressioni della cute, dipendenti da intimo assorbimento dei tessuti, e che scompariscono in pochi mesi.

In trenta casi di papule sifilitiche osservate da Bassereau nei quali non s'era dato mercurio, l'eruzione si manifestò: tra il ventesimo giorno e il trentesimo dopo il contagio, in 3 casi; in 16 casi si manifestò nel corso del secondo mese; in 11 durante il

[1] La sifilide papulosa prende non di rado la palma della mano e la pianta del piede, dove viene denominata sifilide cornea. È caratterizzata da piccole papule, rossicce, rotonde, poco elevate, che in pochi giorni si fanno dure come callosità. Dopo più o men tempo quest'elevatezza cornea si stacca lasciando al di sotto una macchia vinacea che scompare in seguito. Questa sifilide cornea recidiva facilmente.

A. Ricordi.

terzo mese; da ciò si vede che questa eruzione appartiene ai primi tempi dell'infezione costituzionale.

I concomitanti delle papule sifilitiche, sono press'a poco gli stessi dell'eritema sifilitico. Si osservò qualche volta l'irite, ma meno di frequente di quanto suppose Carmichael; che la ritenne la complicazione più frequente di questa forma di eruzioni.

Si possono confondere le papule sifilitiche coi tubercoli sifilitici, col lichen comune, coll'acne indurito. Si distinguono dai tubercoli per il tardo sviluppo di quest'ultimi, pel loro maggior volume, per la maggior profondità di tessuti interessati e per la tendenza all'ulcerazione. Il lichen è accompagnato da febbre viva, da prurito tormentoso e decorre e finisce rapidamente. È difficilissimo certe volte il distinguere il lichen sifilitico dal comune, quando quello specifico occupa la sede ordinaria dell'acne, per esempio, la faccia, le spalle, il dorso. In tali casi ci appoggeremo specialmente nel determinare la diagnosi, alla presenza od alla mancanza d'altri sintomi sifilitici.

Squamme sifilitiche (*Pitiriasi sifilitica, Psoriasis* e *Lepra*). — Molti sifilodermi nei loro periodi avanzati, sono accompagnati da desquammazione dell'epidermide, e quando ebbero per elemento iniziale l'eritema, la papula, od anche la vescica o il tubercolo, ponno prendere l'aspetto di eruzioni squammose; ond'è che alcuni autori non ammisero le squamme tra i sifilodermi, e riferirono ad altre eruzioni quei casi generalmente compresi in questa denominazione.

La pitiriasi sifilitica, che ha le squamme sottili, forforacee, si nota principalmente sul cuojo capelluto, e qualche volta al sopracciglio e su quelle parti della faccia che sono occupate dalla barba. Può susseguire all'eruzione di un eritema di papule, o formarsi sulle cicatrici lasciate dalle vesciche o dalle pustule. Sulla testa dove è comunissima, le squamme epidermoidali cadono copiosamente, o si raccolgono intorno alle radici dei capelli in uno strato di forfora che cade poi a larghi brani.

La psoriasi sifilitica che ha le squamme più larghe e più grosse della pitiriasi, può svilupppàrsi in qualunque parte del corpo. Succede quasi sempre a un'eruzione di papule o di tubercoli, qualche volta di pustule; in qualche raro caso sembra squammosa fin dal-

l'esordire. Come la psoriasi comune, si divide codesta in parecchie varietà secondo la forma delle placche, le quali sono piccole e sparse nella *psoriasis guttata*; sono più larghe e più o meno continue nella *psoriasis diffusa*; e assumono la forma di circoli nella *lepra*. L'integumento al di sotto di queste placche è sede di un lento processo di infiammazione; è di color rosso, al quale manca sovente la tinta cuprea. Al contrario delle placche della psoriasi comune che sono assai elevate al centro, quella della forma sifilitica sono depresse al centro, e assai prominenti alla circonferenza.

Cadute le squamme, restano delle cicatrici alquanto depresse, dipendenti dall'assorbimento interstiziale dei tessuti.

La psoriasi sifilitica delle mani e dei piedi, è un sintoma assai caratteristico di sifilide costituzionale. [1] Si manifesta dapprima una papula o una macchia rossa, qualche volta una pustula, per lo più presso al centro del palmo della mano, al disotto della qual macchia la cute è densa, secca ed elevata; poi si forma una placca a forma irregolare, di estensione varia, dalla quale la cuticola si esfoglia lasciando una superficie rossa, dolente, circondata da un margine frangiato, costituito dai resti dell'epidermide. In alcuni casi incomincia con un anello completo di cuticola infiammata ed inspessita, che comprende nel suo mezzo una parte di integumento sano, il qual anello va gradatamente allargandosi estendendo la sua periferia; vicino al primo anello formatosi, possono nascere tre o quattro anelli successivi. Queste macchie sono per lo più sanguinanti o dolenti, solcate da fenditure, che tramandano sangue facilmente, e qualche volta anche pus. In alcuni casi riesce difficile ed anche impossibile l'estensione completa delle dita.

In questa come in tutte le altre affezioni della pelle, la storia del caso e la presenza di sintomi sifilitici certi, sono di grandissimo valore nello stabilire la diagnosi.

La psoriasi sifilitica si nota per lo più nei soggetti anemici, gracili; in costoro gioveranno moltissimo i tonici.

VESCICHE SIFILITICHE. — Tra i sifilodermi, l'eruzione vescicolare è rarissima, quantunque or si ammetta che sia più frequente di

[1] Iconographie, Pl. XXII.

quanto si credeva una volta. È una delle prime affezioni sifilitiche della cute. Di dodici casi osservati da Bassereau all'Hôpital du Midi, non uno si manifestò oltre i sei mesi dal contagio, il primo a un mese dal contagio. Ne sono più di frequente affetti il dorso, la faccia, e le estremità.

Le vesciche possono essere grosse e globose, o piccole ed acuminate, sparse irregolarmente sulla superficie, o raccolte in gruppi. Molte sono attraversate da un capello, il che dimostra che la sede favorita dell'eruzione è il follicolo dei capelli. Se ne ammettono parecchie varietà, la maggior parte delle quali hanno la loro analoga nelle eruzioni non specifiche della pelle.

Nella varietà che rassomiglia alla varicella, le vesciche sono grosse, o acuminate, o globose, sparse quà e là, in alcuni casi umbilicate, ciascheduna circondata da un'areola di color di rame. Il loro contenuto è sieroso solo per breve tempo, poi diventa tosto purulento.

Nella varietà eczematosa, le vesciche sono più piccole, diffuse o raggruppate. O si serbano trasparenti, o il siero contenuto si assorbe e l'eruzione termina con una minuta desquammazione senza che si formino croste, il che si vede sovente sullo scroto. Qualche volta, come nell'eczema impetiginoide, si forma una crosta sottile, giallicccia, al di sotto della quale si trova la pelle superficialmente ulcerata.

La varietà erpetica consiste in vesciche grosse, globose, che contengono un fluido citrino, disposte in gruppi irregolari, situate su una base di color rosso scuro, rassomiglianti alle macchie dell'erpes flictenoide; oppure sono vesciche più piccole, raggruppate, circolari, od ovoidali, come nell'erpes circinnato.

In una quarta varietà descritta da Bassereau, le vesciche hanno per base delle elevatezze dure, fisse, papulose, che rimangono per qualche tempo dopo che fu assorbito il fluido o che sfuggì per la rottura delle vesciche. Possono anche svilupparsi ancor di più, ed offrire l'aspetto di un'eruzione papulosa sifilitica.

È raro che queste eruzioni serbano a lungo la loro forma vescicolare, bensì terminano colla formazione di croste o di squamme, che sono assai pertinaci, e che alla fine vengono susseguite da piccole cicatrici depresse, di color di rame, che non sono durature.

Le vesciche sifilitiche sono quasi sempre accompagnate da qualch'altra eruzione specifica, o eritema, o papule, o pustule.

Bolle sifilitiche (*Pemfigo sifilitico* e *Rupia*). — Il pemfigo, che si osserva più sovente nei bambini affetti da sifilide ereditaria, e la rupia, sono due affezioni sifilitiche della cute, caratterizzate sul principio dalla maggior grandezza delle vesciche, conosciute col nome di bolle.

Pemfigo. — Il pemfigo era sconosciuto agli antichi scrittori sulle malattie veneree, e s'incominciò ad occuparsene solo al principio di questo secolo. Nel 1834, Krauss [1] raccolse un largo numero di esempj di questa affezione nei bambini, ne descrisse i sintomi assai minutamente, ma non sospettò che questa malattia dipendesse da sifilide ereditaria, come dimostrarono probabile le posteriori esperienze di Dubois. [2]

Le bolle del pemfigo hanno un diametro da un centimetro a due centimetri e mezzo e più, ma non sono molto elevate sulla superficie intorno, pel fatto che i sacchi non sono molto distesi dal fluido; sono di figura circolare ed ovoidale; hanno una base color violaceo che si estende a breve distanza oltre l'epidermide elevata; contengono un fluido sieroso, siero-purulento, o siero sanguinolento che trova esito col rompersi del sacco; l'eruzione termina per lo più colla desquammazione, qualche volta coll'ulcerazione.

In quasi tutti i casi di pemfigo sifilitico d'origine ereditaria, c'è l'eruzione al momento della nascita, è limitata al palmo delle mani, alle piante dei piedi, ed è tosto susseguita dalla morte del bambino. Ricord dà il disegno di un caso nel quale l'eruzione copriva tutto il corpo. [3] Non è molto vidi un caso nella pratica privata, nella quale l'eruzione comparve al terzo o quarto giorno dalla nascita, sulle braccia, sull'addome, sul torace, e nella terza settimana succedettero delle placche mucose sulle natiche e sulla superficie interna delle guance. Quando il bambino fu concepito, il padre era in mia cura per sifilide secondaria. La madre, per quanto io sappia, non manifestò mai alcun sintomo sifilitico; però non potei fare

[1] De Pemphigo neonatorum. Bonnæ, 1834.
[2] Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1851, T. XVI.
[3] Iconographie, Pl. XLVI.

le opportune diligenti indagini per non compromettere il padre. Il bambino vive ancora (di tre mesi); i sintomi gli si dissiparono con piccole dosi di mercurio con carbonato di calce.

Quantunque in quasi tutti i casi di pemfigo dei neonati si sia riscontrata la lue sifilitica in uno o in ambidue i genitori, pure mancando altri sintomi sifilitici, colla sola presenza di questa eruzione, non si può esser sicuri che ci sia sifilide ereditaria, poichè può darsi benissimo che i bambini al momento della nascita siano affetti da pemfigo di natura semplice, il quale non si può distinguere dallo specifico al solo aspetto esterno.

Negli adulti non si osservarono che pochi casi di pemfigo sifilitico risultato di sifilide acquisita; ne vediamo uno figurato nella tavola XXV nell'Iconografia di Ricord. In questo caso l'eruzione aveva sede alla pianta dei piedi, e in un altro caso osservato da Basseraeu, era sul palmo delle mani, mostrando la stessa predilezione per queste sedi, tanto negli adulti che nei bambini. Negli adulti la prognosi non è così grave, quanto nei bambini.

Rupia. — Alcuni autori classificano la rupia tra le eruzioni bollose, altri tra le pustulari. Strettamente parlando, la si deve mettere senza dubbio nel sito che le fu assegnato in questo lavoro, quantunque spesso la bolla iniziale sfugga all'osservazione, e sembri che l'eruzione provenga da una pustula.

Al contrario del pemfigo, la rupia non la si osserva che negli adulti e quale sintomo di sifilide acquisita. Si sviluppa solitamente in questo modo: si manifesta dapprima una macchia rossigna alquanto dolente alla pressione; l'epidermide che la ricopre, si fa tosto elevata per effusione di siero sanguinolento; la bolla così formatasi dura pochissimo, e per lo più al terzo o quarto giorno non la si vede più, nel qual tempo il contenuto si consolida in una crosta sottile giallo-bruna, al di sotto della quale c'è l'ulcerazione. La materia purulenta va sempre essiccandosi, e la crosta cresce in altezza e in larghezza, assumendo un aspetto tutto caratteristico, a base circolare od ovale ed infossata nell'ulcera sottoposta; sovente elevata sul livello della cute intorno in forma di cono coi lati irregolari e composti di strati un sull'altro, di color bruno gialliccio, qualche volta quasi nero, e circondata da un'areola di color rosso scuro o di rame. L'ulcera sottoposta è profonda, coi margini tagliati a picco.

Questa eruzione è frequentissima sulle estremità inferiori, a quanto dicesi, perchè in alcuni casi di origine sifilitica io l'ho egualmente notata spessissimo alle estremità superiori. [1] Può manifestarsi in qualunque parte della cute. [2]

La rupia sifilitica è assai pertinace. In vicinanza a quelle già formate si manifestano delle croste e delle ulcere recenti, in modo che la stessa persona ci presenta spesso i varj stadj dell'eruzione. Durante il processo di riparazione, se non si toccano le croste, dal fondo dell'ulcera nascono delle granulazioni, e alla fine, quando cadono le croste secche e fragili, il fondo s'è già alzato al livello della superficie intorno. Resta una cicatrice rosso scura o di rame, recisamente depressa, indelebile.

La rupia sifilitica è un tardo sintomo di infezione costituzionale, come lo dimostrano i suoi soliti concomitanti, cioè le affezioni delle ossa e del periostio, l'orchite sifilitica, i tubercoli profondi del tessuto cellulare e simili. È indizio di una condizione assai grama dell'organismo, onde gioveranno assai i precetti dell'igiene e in quasi tutti i casi l'uso abbondante dei tonici.

PUSTULE SIFILITICHE. (*Acne sifilitica, Impetigo,* ed *Ectima; Eruzione sifilitica pustulo-crostacea).* — I primi scrittori sulle malattie veneree, comprendevano tutte le eruzioni cutanee sotto il nome di pustule, e non facevano attenzione alcuna a dividerle a seconda delle diverse forme che assumevano. Esaminando i loro

[1] Iconographie, Pl. XXXII.

[2] Ho osservato sul finire dello scorso anno un magnifico esempio di rupia sifilitica sviluppatasi in una vecchia che aveva contratte ulcerazioni alla bocca, e consecutive al faringe per essersi servita del medesimo cucchiajo, col quale dava da mangiare ad un suo nipotino infetto da balìa sifilitica. Sette anni dopo la prima infezione, accompagnata da esostosi al capo ed alle tibie e da carie all'acromion sinistro, le si sviluppò una gravissima rupia al collo, alla parte anteriore del petto ed alle regioni omerali superiori che occupava una superficie di 70 centim. quadrati all'incirca. Le croste caratteristiche di questa dermatosi avevano in certi punti l'altezza di due centimetri, staccate le quali rimaneva al di sotto, od un'ulcera sordida con margini a picco od una elevazione papulosa. Guarì in due mesi dietro cura mercuriale, iodica, e balnearia.

A. RICORDI.

scritti, si vede che le eruzioni sifilitiche erano assai più sovente pustulari durante l'epidemia italica e per qualche anno dopo, di quanto non si veda ora; e in fatti doveva essere così per la nota gravezza della sifilide a quel tempo, essendochè la tendenza alla formazione di pus, notasi appunto nei casi più gravi di sifilide.

Le pustule sifilitiche possono manifestarsi in qualunque parte dei comuni integumenti. Una delle sedi più frequenti è l'epicranio; e qualunque medico sperimentato visitando un caso sospetto di sifilide, domanda quasi sempre al suo paziente, se non ebbe mai croste sui capelli. Le pustule, incominciando sul capo, si estendono spesso sulla faccia, e su altre parti della cute, specialmente negli individui di costituzione anemica, ed in quei casi nei quali la malattia ha una virulenza particolare. Qualche volta sono principalmente affette le estremità inferiori. Pare che la sede anatomica dell'eruzione sia il follicolo del pelo, come in diversi altri sifilodermi.

Le pustule sifilitiche ponno presentare la forma di acne, di impetigine o di ectima; riguardo alla frequenza, stanno in ordine inverso a questa con cui le ho nominate; l'acne è la forma più rara, l'ectima è la più frequente.

Acne sifilitica. — In questa forma le pustule sono piccole, per lo più acuminate, poste su una base prominente, con poca tendenza ad espandersi, stanno stazionarie per qualche settimana prima di coprirsi di croste, le quali sono piccole, secche, di color grigiastro o bruno gialliccio. La papula e la superficie piana che resta dopo caduta la crosta, certe volte si desquamma leggiermente, ed ha un color cupreo più caratteristico della pustula antecedente. Qualche volta si forma un ulcero superficiale. [1]

A differenza della sua analoga fra le comuni affezioni cutanee, l'acne sifilitica non si limita alle parti superiori del corpo, ma può estendersi alle estremità inferiori, e può anche limitarsi quì; è questo un fatto importantissimo per la diagnosi. Quando ha sede sulla faccia, sul dorso, o sulla parte anteriore del torace, l'eruzione specifica rassomiglia molto all'eruzione semplice e si può scambiare

[1] Iconographie Pl. XXVII.

facilmente l'una per l'altra. La sifilitica si distingue per l'elevatezza papulare che resta dopo caduta la crosta, pel color cupreo che prende negli ultimi periodi, e per la presenza di altri sintomi sifilitici che appartengono per lo più ai primi periodi di infezione costituzionale, poichè l'acne sifilitica esordisce generalmente entro pochi mesi dal contagio.

IMPETIGINE SIFILITICA. — Le pustule dell'impetigine sifilitica sono piatte, di volume vario, isolate o in gruppi; hanno una base alquanto elevata, di color rosso di rame, oppure racchiusa in un margine prominente dello stesso aspetto. Un tratto importante è il colore delle croste, che hanno una tinta grigia o giallo-verdognola.

Questa eruzione si osserva spesso sulle varie parti della faccia, più specialmente intorno alle pinne del naso, alle commessure dei labbri, sulla barba, [1] e sui sopraccigli, come anche sul tronco, sullo scroto, e sulle estremità superiori ed inferiori.

L'impetigine sifilitica, quando sta alle commessure labiali o intorno agli orifizj del naso, [2] presenta un aspetto veramente caratteristico che non si osserva in nessuna eruzione di origine semplice. L'integumento al di sotto è ulcerato superficialmente e vegeta per lo più fino al di sopra della superficie intorno, mentre le sommità delle granulazioni si coprono di piccole croste giallognole, e le placche tendono a disporsi in circoli o in segmenti di circoli, circondati da un bordo prominente o da un'areola cuprea. Alla commessura dei labbri, sono spesso continue colle placche mucose della mucosa della bocca. Certe volte riesce difficile il distinguere l'impetigine sifilitica dalla comune, quando l'eruzione è situata sulle altre parti della faccia.

Quando le pustule hanno sede sull'epicranio, sulla fronte, sul torace e sulle estremità, sono o sparse o in gruppi, ed hanno spesso una base dura, elevata, di color rosso scuro; le croste sono giallo verdognole; l'integumento al di sotto è ulcerato. Generalmente queste ulcerazioni sono tanto più profonde ed estese, quanto maggiore è il tempo che passò dal contagio.

[1] Iconographie, Pl. XLV.
[2] Iconographie, Pl. XLII., fig. 4.

I francesi hanno dato il nome di pustulo-crostacea ad una forma di impetigine, che non si osserva che qual tardo sintoma di sifilide costituzionale. Le pustule sono grosse e disposte circolarmente; e le ulcere, diventando continue coll'estendersi a poco a poco, formano delle placche circolari coperte da croste giallognole assai prominenti intorno al margine, e circondate da un'areola di color rosso intenso. Le cicatrici sono incavate, dapprima rosse, poi bianche, rassomiglianti a quelle prodotte da una profonda bruciatura.

Ectima sifilitico. — L' ectima sifilitico, il più frequente di tutti i sifilodermi pustulari, consiste di una eruzione di quella forma di pustule note col nome di *flizacee*, termine applicato da Willan a pustule voluminose, su base dura, circolare, di color rosso vivo, susseguite da una grossa crosta, dura, di color scuro. Come l'ectima comune, codesto può affettare tutte le parti del corpo e specialmente le estremità inferiori; ma, al contrario dell'eruzione semplice, è frequentissimo al cuojo capelluto, spesso intanto che il tronco è coperto da roseola sifilitica o da papule.

L'eruzione dell'ectima incomincia con delle macchie rosse e indurite sulla pelle; al secondo o al terzo giorno, il centro si eleva per effusione di pus, la quale si va rapidamente allargando fino a coprire tutta la superficie infiammata; l'epidermide si rompe tosto, e il pus che ne sfugge, si consolida in una crosta larga e bruna. [1]

Il decorso susseguente dell'eruzione offre due varietà. In una c'è poca tendenza nella pustula e nell' ulcera sottoposta ad acquistare volume e profondità; nell'altra invece questa inclinazione è assai pronunziata. Si ammettono quindi due forme di ectima, cioè la superficiale e la profonda; la prima è uno dei primi sintomi di infezione costituzionale, la seconda è uno dei sintomi più tardi.

Nella varietà superficiale, la prima crosta formatasi non aumenta materialmente in larghezza ed in altezza; togliendola via, si mette allo scoperto una ulcerazione superficiale che tosto guarisce, lasciando una cicatrice profonda e permanente, incavata come la cicatrice del vajolo.

[1] Iconographie, Pl. XXVI. ter et quater.

Nella varietà profonda, la crosta, crescendo in estensione e in altezza per la costante addizione di materia purulenta, protrude al di sopra della superficie intorno, certe volte depressa al centro e costituita di anelli consecutivi; nella maggior parte dei casi eccede di poco i margini dell'ulcero, in altri sta entro questa sorta di cavità, una parte della quale può restar nuda, non coperta dalla crosta alquanto meno larga. Tolta la crosta, si vede che l'ulcero s'approfonda nei tessuti, coi margini a picco, col fondo coperto da una secrezione grigiastra. Guarite le ulceri, le cicatrici che rimangono sono depresse, prima di color rosso intenso, poi bianco sporco, non si dissipano mai tutt'affatto, ma non sono incavate come quelle della varietà superficiale.

In alcuni casi le pustule di ectima sifilitico, quantunque distinte dapprima, sono poi radunate in gruppi, e possono unirsi e dar luogo ad una larga placca crostosa che inclina sempre ad estendersi su una maggior superficie, con un contorno di forma circolare che si osserva tanto sovente nelle eruzioni sifilitiche. Queste placche, come quelle dell'impetigine cui rassomigliano, son note col nome di *pustulo-crostacee.*

L'eruzione delle pustule sifilitiche è spesso preceduta dall'assieme di sintomi che io descrissi parlando della febbre sifilitica. Questi sintomi sono di breve durata, ma l'eruzione è assai persistente, e può durare per diversi mesi, non ostante la miglior cura.

Le varietà superficiali di pustule sifilitiche appartengono ai primi periodi di infezione costituzionale, le varietà profonde appartengono a periodi più tardi. Le prime, ossia le superficiali, sono più generalmente diffuse delle seconde sui comuni integumenti. Bassereau dice che è raro l' osservare un' eruzione pustulare che occupa diverse parti del corpo, al di là dei sei mesi dopo il contagio, tranne il caso che sia stata trasportata dalla cura, e ci indica l'osservazione che fece Gabriel Fallopius nel secolo decimosesto che — quando le pustule invadano l'intero corpo, e quando si sviluppano nei capelli e nella barba, ciò è segno che il mal francese fu contratto nei cinque o sei mesi antecedenti. —

Le varietà profonde di pustule sifilitiche occupano quasi sempre una sol regione o due, spiegano un'azione assai più distruttrice, non le si osservano che nei tardi periodi d'infezione costituzionale, e sono quindi accompagnate da sintomi che appartengono a uno

stadio della malattia più avanzata che non nelle varietà superficiali. L'orchite sifilitica per esempio, i dolori notturni lungo le ossa, di raro le esostosi, accompagnano qualche volta, se pur ciò avviene, la varietà superficiale, ma sono comuni nelle forme profonde di pustule sifilitiche.

In uno dei precedenti capitoli, ho fermato l'attenzione sul fatto che, il grado di azione ulcerativa di un ulcero infettante, si può ritenere come indice delle condizioni generali dell'organismo e del probabile carattere dei sintomi generali che ne potrebbero venire. Questa regola torna buona anche nei sifilodermi. La tendenza all'eruzione di forme pustulari, è indizio di un grado di cachessia costituzionale che favorisce l'evoluzione della sifilide terziaria in organi profondi e importanti. Ond'è che la prognosi nei casi di pustule sifilitiche è affatto sfavorevole. Di 42 persone osservate da Bassereau affette da ulcerazioni profonde delle fauci, da tubercoli suppuranti del tessuto cellulare, da carie delle ossa, 27 avevano avuta eruzione pustulare sifilitica.

TUBERCOLI SIFILITICI. — I tubercoli, come le papule, sono elevatezze del derma, ma differiscono dalle papule per un maggior volume, per una profondità maggiore di tessuto cui arrivano, perchè si sviluppano più tardi delle papule, e per l'inclinazione che hanno ad ulcerarsi. Il nome stesso non va bene, poichè applicato solo al deposito patologico della tisi, ai tumori gommosi della sifilide terziaria, e assai scorrettamente come dirò, alle placche mucose o condilomi; è però un'espressione usata troppo comunemente per lasciarla da parte, e non mi resta altro che avvisare lo studente di non confondere le varie lesioni cui si applica questo termine.

I tubercoli non sono quasi mai tra le prime manifestazioni cutanee di infezione costituzionale. Si può ammettere questa regola, alla quale non ci sono forse eccezioni, che: in ogni caso i tubercoli sono preceduti da qualcuno dei sifilodermi più superficiali, per esempio l'eritema, le papule. Devonsi porre tra i tardi sintomi di sifilide, e possono farsi vedere dieci, venti od anche quarant'anni dopo il contagio. La tavola seguente, espone il tempo di sviluppo dei tubercoli sifilitici in 54 casi osservati da Bassereau: —

L'eruzione comparve:

11	mesi	dopo	il	contagio	in	1 caso
1	anno	»		»		5 casi
2	anni	»		»		3 »
3	»	»		»		5 »
4	»	»		»		6 »
5	»	»		»		7 »
6	»	»		»		3 »
7	»	»		»		2 »
9	»	»		»		3 »
10	»	»		»		2 »
12	»	»		»		2 »
13	»	»		»		1 caso
14	»	»		»		2 casi
17	»	»		»		1 caso
18	»	»		»		2 casi
20	»	»		»		5 »
22	»	»		»		1 caso
26	»	»		»		1 »
30	»	»		»		1 »
40	»	»		»		1 »
					Totale	54 casi

In molti di questi casi s'era dato mercurio, onde questi dati non indicano il periodo consueto dello sviluppo dei tubercoli quando non viene trasportato dalla cura. Questa tavola però basta a dimostrare che l'eruzione tubercolare è assai più tarda dell'eruzione de' sifilodermi superficiali, come sarebbero l'eritema e le papule, le quali non si osservano mai sviluppate dopo tanto tempo dal contagio, come vediamo in queste cifre.

I tubercoli sifilitici possono aver sede su qualunque parte dei comuni integumenti. È però raro che si spargano su tutta la superficie del corpo, ma si limitano per lo più ad una, a due, o a tre regioni, e quando ne comprendono di più, ciò avviene per lento e graduato progresso. La sede più frequente è sulla faccia, dove affettano spesso i labbri e le pinne del naso distruggendole anche completamente. Altra sede comune sono le estremità inferiori, dove danno spesso origine ad ulcere di lunga durata, assai intrattabili.

Di 70 casi osservati da Bassereau:

La faccia fu interessata in	26
Il corpo fu interessato in	22
Le estremità superiori in	16
» inferiori in	14
L'epicranio in	5
Il collo in	8
Il dorso delle mani in	1

La sede anatomica dei tubercoli, fu benissimo studiata dallo stesso autore, il quale dice che nella maggior parte dei casi, i cambiamenti dai quali essi dipendono, pare siano limitati alle vicinanze dei follicoli dei peli; in altri casi invece la sede prima della malattia, sono protuberanze coniche del tessuto cellulare sulla superficie interna del derma; la cute si assottiglia collo svilupparsi del tubercolo, e alla fine si ulcera e dà esito al deposito avventizio. In altro modo, i tubercoli possono incominciare a guisa di piccoli tumori nel tessuto cellulare sotto integumentale, i quali tumori si avvicinano alla superficie, ed anche in questo caso danno origine ad ulcere.

I tubercoli sifilitici si possono dividere in due classi:

1. Quelli che terminano colla desquammazione o colla risoluzione;
2. Quelli che suppurano e formano delle ulcere.

I tubercoli che appartengono alla prima classe sono duri, a guisa di palle, occupano tutto lo spessore della cute, oltre la quale sporgono or più or meno.[1] Sono isolati, più spesso a gruppi, piatti, conici od emisferici. Hanno un volume che varia da quello d'una piccola palla da fucile ad una ciliegia. Il colore solitamente è rosso scuro; in pochi casi però, e specialmente nelle persone di costituzione gracile, non differisce molto dal colore della cute in genere. Certe volte tesi e lucenti, o coperti da sottili squamme che cadono e lasciano luogo ad altre, o sormontate da croste che sono prodotte da un'effusione di siero al di sotto dell'epidermide senza ulcerazione profonda. Quando sono aggregati, formano dei gruppi generalmente circolari, ma certe volte irregolari. Il centro della macchia spesso è libero, coperto da squamme sottili, epider-

[1] Iconographie, Pl. XXV, Fig. 1, e Pl. XXVIII.

moidali che si formano sulla sede dei tubercoli scomparsi, e di un colore più intenso di quello della cute sana. Il margine prominente del disco è costituito da tubercoli distinti, che in altri casi sono cotanto avvicinati da formare una elevatezza circolare continua; la macchia tende sempre ad allargarsi, perchè i vecchi tubercoli si dissipano, e se ne sviluppano di nuovi esterni ai primi. Alcune volte invece di formare un circolo, i tubercoli si radunano in masse irregolari, nelle quali però si vede sempre una certa inclinazione alla forma circolare; quando sono assai ravvicinati, lo spessore generale della pelle al di sotto di essi, può far innalzare la placca molto al di sopra del livello della superficie intorno.

Tutte quante queste forme diverse, hanno un decorso assai lento e spesso durano per qualche anno.

Nella seconda classe di tubercoli, l'ulcerazione può cominciare in diversi modi. Essa, o può determinarsi al di sotto della sottile crosta che si è concretata sui tubercoli che furono per un certo tempo affatto secchi; o può formarsi alla sommità di altri tubercoli in principio affatto della loro esistenza; o può incominciare nell'interno di piccoli tumori sviluppatisi nel tessuto cellulare al di sotto della pelle. Qualunque siasi il modo d'origine, l'ulcerazione progredisce fino alla completa distruzione dei tubercoli, dei quali non resta alcuna traccia fuor di una piaga coperta da una leggiera crosta.

Come nella varietà secca, i tubercoli ulcerosi si dispongono in forma di cerchj, che comprendono una porzion di integumento sano e che vanno costantemente allargandosi per estensione periferica;[1] oppure formano delle fasce che disegnano delle spirali, delle figure diverse. Nella maggior parte dei casi non v'è che una sola macchia esulcerata; in altri casi ve ne sono diversi, in altri ancora è ulcerata tutta la superficie di una o più parti del corpo, come avviene spesso alla faccia.

La profondità dell'ulcerazione varia secondo i casi; quand'è superficiale, la crosta è sottile, e la cicatrice che ne deriva si cancella tosto; quando è profonda c'è una crosta densa, di color giallognolo verdastro, o sporgente dal livello della superficie intorno,

[1] Iconographie, Pl. XXIII. e XXIII. bis, fig. 2.

o depressa nei margini dell'ulcere, e la cicatrice resta indelebile. Queste ulcere diventano certe volte serpiginose; percorrono una larga superficie, guariscono da una parte e vanno innanzi dall'altra, sono di poco danno quando sono superficiali, ma fanno danni gravi, quando interessano tutto lo spessore del derma.[1] Le ulcere serpiginose che incominciano dai tubercoli, sono frequenti in vicinanza delle maggiori articolazioni, come pure sulle natiche, sul torace, sull'addome, sul collo. Le si distinguono generalmente dagli ulceroidi serpiginosi, perchè esse hanno sede a una certa distanza dagli organi genitali, perchè frammezzo alle ulcere ci sono delle porzioni di cute sana, per la maggior consistenza della secrezione, per lo spessore delle croste, e per la storia del caso.[2]

Si nota qualche volta alle pinne del naso, una varietà di tubercoli nota col nome di *perforanti;* nello spessore delle pinne nasali si formano dei piccoli tumori, suppurano rapidamente, s'aprono, e danno luogo ad un'ulcera rodente che può giungere a distruggere pressochè tutto l'organo nasale.[3] Il lupus exendes che rassomiglia assai a questa forma di tubercoli, si osserva per lo più prima della pubertà, è accompagnato da un maggior grado di ingorgo dei tessuti vicini, e i danni da esso prodotti dopo aver durato per diversi anni, si limitano a poca estensione di superficie.

I tubercoli sifilitici furono presi falsamente per cancro; ne sono differenti per la loro minor consistenza, perchè non arrecano i dolori lancinanti, e perchè lasciano integri i ganglj vicini.

Le cicatrici che restano dopo questa eruzione, quando l'ulcerazione è stata profonda, sono generalmente depresse, di un color rosso cupreo che diventa dopo bianco sporco, o tutto eguale, o attraversato da fasce di tessuto inodulare. Bassereau chiamò l'attenzione sulle numerose depressioni che si osservano sulla superficie totale della cicatrice, e che segnano il sito dei tubercoli dei quali si componeva in origine la macchia. È questo un carattere che non si trova in nessuna delle cicatrici d'ogni altra eruzione, tranne quella dei tubercoli sifilitici. Nella maggior parte dei

[1] Iconographie, Pls. XXXVI. e XXXVII.

[2] Vedi pag. 76.

[3] Iconographie, Pl. XIX.

casi ancora, si riconoscono le cicatrici di questa eruzione per il loro contorno tutto circolare, o pei segmenti di cerchio che si vedono quà e là ai margini della cicatrice.

I tubercoli sifilitici ulcerati non sono mai accompagnati dai sifilodermi superficiali. I loro più frequenti concomitanti sono l'orchite sifilitica, le affezioni delle ossa e del periostio, e la cachessia sifilitica.

Ulcere. — Cullerier seniore e Alibert, ammisero anche un'altra classe di eruzioni sifilitiche ch'essi chiamarono *ulcerante;* se non che le ulcere incominciano o con una vescica, o con una pustula, o con un tubercolo, e furono quindi comprese dagli autori moderni tra i sifilodermi dei quali abbiamo già tenuto discorso.

Non trovo necessario il ripetere i caratteri proprj delle ulcerazioni sifilitiche, secondo che esse nascono dall'una o dall'altra di queste lesioni iniziali. Richiamerò solo alla memoria del lettore, che quando incominciano con una vescica, le ulcere sono superficiali, e sono per lo più sparse in gran numero e su una superficie molto estesa; che, quelle che nascono da pustule, quando l'eruzione viene fuori nei primi tempi dell'infezione, sono pur esse numerose ma più profonde delle precedenti; più tardi, tanto le ulcere da pustule quanto i tubercoli, hanno un'azione più limitata e più ruinosa.

In molti casi la diagnosi sarà più facile, quando si vedranno varj stadj insieme dell'eruzione sulla medesima persona.

Le ulcere della pelle, possono anche dipendere dalla suppurazione e dall'aprirsi dei tumori profondi del tessuto cellulare, e dalle affezioni sifilitiche del periostio e delle ossa; ma osservando con diligenza le si distingueranno da quelle che incominciano proprio nella cute.

Aggiunta di A. Ricordi. — *Sifilide pigmentaria.*

Come appendice a questo capitolo sulle dermatosi sifilitiche, faccio notare un'altra affezione, maculosa, descritta per la prima volta nel 1853 dall'Hardy sotto il nome di sifilide pigmentaria, poi da Pillon sotto quello improprio di sifilide maculosa del collo; in seguito da Gintrac, da Michaelis, da Gamberini, da Zeilsel, da Baerensprung,

ed ultimamente dal nostro Tanturri, sotto il nome di sifilide pigmentaria a fondo giallo.

Essendo questa dermatosi affatto scevra da prurito, da dolore, o da incommodo alcuno durante la sua apparizione ed esistenza, e non essendo molto marcata la colorazione della pelle, fu sconosciuta per molto tempo.

Questa forma di cromatosi cutanea è prodotta dalla deposizione di una maggior quantità di materia colorante, e probabilmente da modificazioni isto-chimiche di essa. È costituita da macchie grigie, e colore di argilla più o men carico, le quali variano in estensione, da un pezzo da centesimo, ad un pezzo da un franco: sono irregolari nei loro bordi e distribuite senza alcun'ordine. La cute circostante è sana e presentasi di colorito normale. Queste macchie, talvolta sono isolate, tal'altra aggruppate e confluenti da figurare una estesa pigmentazione più o meno uniforme, disseminata da spazj a forma per lo più sferica, di cute, che secondo l'Hardy sarebbe più bianca per diminuzione di spessore o di tinta dello strato di pigmento. Ciò sarebbe però in contraddizione coll'opinione del Tanturri, il quale crede essere quelle ajuole bianche provviste di sostanza pigmentaria, normale in tali parti di tessuto cutaneo, e sembrar diminuita solamente per illusione ottica, essendovi aumento di pigmento nelle parti vicine.

Per tale disposizione di colorazione, risultano due varietà di questa sifilide maculosa, l'ipercromia gialla maculosa del Tanturri, e la reticolata; la prima corrisponde alle chiazze pigmentose sulla cute sana, la seconda agli spazj bianchi sopra un fondo pigmentoso.

Questa dermatosi non presenta alcuna elevatezza, e non va soggetta a desquammazione, ed ha un decorso variabile; può scomparire nello spazio di un mese, oppure come succede più di frequente sta per lungo tempo, ed in alcuni casi sembra inguaribile.

La località di apparizione prediletta è la regione del collo ove forma una larga zona: del resto manifestasi non infrequentemente in altre parti del corpo specialmente nelle anteriori: la faccia, il petto, l'addome; la si osserva però anche alle regioni scapolari, deltoidee, ecc.

Questa forma cutanea è più propria del sesso femminino, come dotato di pelle bianca, fina, delicata; la si riscontra però anche nei

maschi e principalmente in quelli che hanno una cute che s'avvicina a quella delle donne. La si volle da Pillon collocare tra gli esantemi tardivi: le belle osservazioni del Tanturri sarebbero contrarie a quell'opinione. Questa forma cutanea si manifesta associata a qualunque fase di sifilide, essendosi osservata da 15 giorni dall'infezione prima, a due, tre e più anni; d'ordinario però è tardiva ed io la riscontrai unicamente negli individui affetti dalle forme così dette terziarie. Dalle osservazioni del Tanturri si può dedurre, non essere malattia rara, avendola egli constatata 18 volte sopra 62 sifilitiche.

Il Bazin nega ogni rapporto tra questa dermatosi e la sifilide, anzi egli la denomina vitiligine, nome che indica una morbosità essenzialmente diversa, e crede che questa sua vitiligine sia una mera coincidenza colla sifilide. Questo errore dell'illustre dermatologo francese, fu già cambattuto, con ragionamenti assai arguti e con severe osservazioni, dal nostro Tanturri.

Questa dermatosi della quale ho tenuto parola, è primitiva, e non si deve confondere con quella che resta come postumo delle altre forme di dermatopatie. Essa può andar confusa colla pitiriasi versicolore e colle macchie epatiche, al colorito delle quali si assomiglia di molto; ma un'attento esame della forma, e della sua ubicazione, e la conoscenza degli anamnestici e dello stato presente dell'ammalato, dovranno allontanare ogni errore di diagnostico. Le macchie di pitiriasi sono un poco elevate ai bordi, il loro colorito tende più al giallo-verde, sono pruriginose, e ricoperte di squammette che esaminate al microscopio, presentano il microsporon furfur. Le efelidi sono rappresentate da chiazze coffeane più estese e marcate, furfuracee e quasi mai risiedenti al collo.

La sifilide pigmentaria non pare influenzata menomamente dal mercurio o dall'iodio.

Cura. — C'è poco da aggiungere in proposito a quanto s'è detto sulla cura della sifilide generale, riguardo alla cura speciale dei sifilodermi. Come nell'altre affezioni sifilitiche, i nostri rimedj principali quì, sono il mercurio e l'ioduro di potassio; non c'è qualche dubbiezza che nel quando adoperare l'uno e quando l'adoperare l'altro. Non vi si trova però molta difficoltà, purchè non si

dimentichi il fatto che, le eruzioni superficiali che terminano colla desquammazione, appartengono al periodo secondario di sifilide pel quale si richiede il mercurio, e che le eruzioni profonde con suppurazione ed ulcerazione, appartengono allo stadio di transizione o al periodo terziario, e in ambidue l'iodio deve precedere od accompagnare il mercurio. Or poniamo per esempio d'aver a curare un caso di eruzione sifilitica, e poniamo altresì di trovarci affatto incapaci di classificare con esattezza quest'eruzione a seconda della carta scientifica dei sifilodermi; or bene, osservando solamente se c'è o meno la suppurazione e l'ulcerazione, nella maggior parte dei casi ci troveremo tosto in grado di determinare il metodo di cura conveniente; poichè facilmente potremo rilevare certi tratti, così salienti, da poter distinguere le affezioni della pelle non ulcerative da quelle ulcerative; la prima classe, quella delle affezioni non ulcerative, comprende l'eritema, le papule, le squamme, le vesciche, le quali forme o sono affatto secche, o danno una secrezione sierosa o leggiermente siero purulenta da un'eruzione superficiale; l'altra classe, quella delle affezioni ulcerative, comprende le pustule ed i tubercoli che danno origine ad ulcere di forma e di estensione diverse. Nei soggetti indeboliti, ci ponno essere le pustule nei primi tempi dell'infezione con inclinazione pronunciata all'azione ulcerativa, ma questi casi non sostengono molto bene l'uso del mercurio, onde in linea pratica è migliore la precedente distinzione.

Altra indicazione per la scelta dei rimedj, sta nell'estensione di superficie coperte dall'eruzione, la qual estensione nell'eritema, nelle papule, nelle vesciche e nelle prime forme di pustule, è molto meno estesa e diffusa che nelle pustule e nei tubercoli più antichi.

Ma il migliore fondamento al nostro criterio, è il carattere dei sintomi sifilitici che accompagnano quasi sempre i sifilodermi e che accennammo particolarmente nelle pagine più indietro, parlando di ciascuna forma di eruzione. Non è necessario per ora il dire di più, fuor che accennare la febbre sifilitica, la cefalea, i dolori reumatici, l'impetigo capitis, l'alopecia, l'ingorgo dei ganglj cervicali, e le placche mucose; una o più d'una di queste forme, accompagnano sempre i primi sifilodermi; nei più vecchi invece, abbiamo i dolori osteocopi, le affezioni delle ossa e del periostio, e l'orchite.

Riguardo alla cura esterna dei sifilodermi, raccomando ancora il bagno caldo semplice due o tre volte la settimana, che dicem-

mo già giovevolissimo nella cura generale della sifilide, allo scopo di favorire la secrezione cutanea; questo bagno eserciterà una benefica influenza, specialmente su quelle eruzioni che sono assai diffuse sulla superficie cutanea; se ne può accrescere l'effetto coll'aggiungervi gelatina, o crusca, od amido, o qualche alcali; i bagni medicati, io li ritengo consigliati nei libri, piuttosto che usati in pratica, almeno in questi paesi. Trousseau[1] ed altri, fecero le lodi dei bagni di sublimato corrosivo con dentro mezz'oncia di bicloruro e un'oncia di cloruro d'ammoniaca per un bagno.

Non conviene levare le croste che si vedono in molte delle tarde eruzioni sifilitiche, poichè servono a difendere dallo sfregamento e dall'abrasione la piaga che c'è sotto, al quale scopo servono meglio le croste di qualunque altra fasciatura. Col guarire delle ulcere mediante l'amministrazione dei rimedj interni, le croste cadono lasciando una superficie che, se non è cicatrizzata completamente, ne è poco lontana.

In certi casi però, per esempio: nell'eruzione sulla faccia, nelle squamme sul palmo delle mani, e nelle ulcere scoperte in varie parti del corpo, anche in vista dell'aspetto e del ben essere del paziente, si richiede l'uso di qualche applicazione locale, per esempio: l'unguento di precipitato rosso, di nitrato o d'ioduro di mercurio, o ioduro di solfo; lozioni che contengono vino aromatico, o tartrato di ferro e potassa, o cloruro di soda, oppure la tintura composta di benzoe; o il cerotto mercuriale, o il cerotto di Vigo con mercurio, che è assai usato dai francesi specialmente nelle erusioni sifilitiche della faccia. Un mezzo eccellente per curare le ulceri sifilitiche, è quello di spargere della polvere di iodio sulla superficie loro, poi coprirle con filacce asciutte e con una fasciatura. Ricord fa molto uso delle filacce imbevute nella seguente soluzione di iodio: —

Ioduro di potassio centigrammi 75.
Tintura di iodio grammi 45.
Acqua grammi 200.
M.

[1] Thérapeutique, 5 ed., I 229.

Per le eruzioni squammose del palmo della mano, io trovai buonissima l'applicazione di parti eguali di glicerina e di olio di cade; oppure quando c'è molta infiammazione si può adoperare questa formola: —

Olio di cade grammi 6.
Glicerina grammi 15.
Sottoacetato liquido di piombo grammi 3.
M.

CAPITOLO VIII.

AFFEZIONI SIFILITICHE DELLE APPENDICI CUTANEE.

ALOPECIA.

Sonvi due forme di alopecie, che dipendono da sifilide e che si manifestano a differenti stadj d'infezione costituzionale.

La prima forma è assai più frequente della seconda, ed è infatti uno dei sintomi più costanti nella serie dei primi sintomi d'infezione costituzionale. Il medico che s'occupa di malattie veneree non deve mai dimenticare questa serie di sintomi, onde trovarsi sempre in grado di riconoscere i primi segni di vita del virus sifilitico dopo il periodo di letargo che succede all'evoluzione dell'ulcero. Non si può a meno di ammirare l'ordine meraviglioso e la regolarità di sviluppo d'una malattia sì triste come la sifilide, nè si può a meno di sentirsi qualche cosa, quando conosciamo di saper distinguere la presenza di un tanto veleno nell'economia, alla sola indicazione d'una caduta scarsa di capelli, d'un po' d'ingrossamento dei ganglj cervicali, della cefalea notturna, del rossore delle fauci, o di qualche pustula sull'epicranio o qualche macchia sul corpo. È una fortuna e pel medico e pel paziente, che colui che ha a trattare le tristi conseguenze del vizio, vi trovi nondimeno e piacere e interesse.

Il cadere dei capelli è uno dei primissimi sintomi di infezione costituzionale; può incominciare prima di qualunque eruzione cutanea, insieme a quei sintomi che or si conoscono col nome di febbre sifilitica. È più o meno pronunciato a seconda dei casi; in alcuni casi leggiero da non accorgersene, se non lo accenna

il medico, il quale scorrendo colle dita dalla radice all'apice dei capelli, trova che si staccano con una singolare facilità senza molta trazione; in altri casi invece, i capelli cadono a ciocche, specialmente quando l'epicranio è occupato da un'abbondante eruzione di pustule e di pitiriasi. Nè questo sintoma si limita al cranio; spesso è così anche dei sopraccigli, e l'arco cigliare può denudarsi in modo sgradevole alla vista, specialmente se l'individuo è di peli chiari. Qualche rara volta cadono così anche i cigli e la barba.

Questa prima forma di alopecia, cede sempre alla cura, e il paziente può stare sicuro che i capelli ritorneranno e che la calvizie non durerà sempre. A tutta prima però, non possiamo arrestare la caduta dei capelli, bensì ciò succede a poco a poco tosto che l'organismo subisce l'influenza del mercurio; allora questa caduta va cessando, e i capelli rinascono. Questo sintoma manca sovente in quelle persone che hanno preso mercurio per l'ulcero o per gli ulceri infettanti antecedenti.

I primi scrittori di sifilide, parlano di un'altra forma di alopecia che pare fosse allora comunissima; ma ora al contrario è fortunatamente assai rara. È caratterizzata dallo scomparire d'ogni vestigia di pelo da tutta la superficie cutanea, non la si osserva che negli stadj avanzati di sifilide, è quasi sempre congiunta a cachessia sifilitica, ed è quasi sempre incurabile.

Cura. — La prima forma di alopecia si ferma tosto colla cura costituzionale della diatesi sifilitica, non è quindi necessario il ricorrere a rimedj specialmente diretti alla riproduzione dei peli. Tuttavia per soddisfare ai desiderj dei pazienti, conviene spesso il prescrivere qualche applicazione locale, la quale non è forse senza effetto, almeno nell'affrettare la nuova riproduzione. A questo scopo s'usano per lo più o pomate od acque che contengono un qualche stimolante, per esempio, l'olio di ricino, o la tintura di cantaride. Si possono preferire queste formole: —

Acqua di colonia grammi 30.
Olio di ricino grammi 30.
Alcool rettificato grammi 30.
M.

Ammoniaca liquida grammi 30.
Olio di ricino grammi 60.
Olio d'oliva grammi 30.
Terebentina grammi 6.
Olio di bergamotto.
Olio di gelsomino ana q. b.
M.

Buonissimo preparato è il seguente:

Alcoolato d'ammoniaca aromatico grammi 30.
Glicerina grammi 15.
Tintura di cantaride grammi 4 1/2.
Acqua di rose grammi 210.
M.

Questa che segue è la così detta pomata di Dupuytren:

Midolla d'ossa di bue grammi 30.
Tintura di cantaride grammi 30.

Mescola ed aggiungi:

Acetato di piombo grammi 5.
Balsamo del Perù grammi 90.
Tintura di garofani,
Tintura di cannella ana gocce 15.
M.

Olio d'oliva grammi 60.
Grasso depurato grammi 60.
Ossido rosso di mercurio grammi 3.
Olio di mandorle centigrammi 50.
Glicerina grammi 3.
M.

Ciascuna di queste preparazioni si adopera una o due volte al giorno. Non si devono adoperare nè pettini a denti acuti, nè sapone di nessuna sorta; se fa bisogno, si lava il cuojo capelluto con una soluzione di borace, con un tuorlo d'uovo ed acqua calda.

Nella forma d'alopecia tarda si ricorra all'ioduro di potassio internamente insieme al mercurio.

ONICHIA.

L'onichia sifilitica è un'affezione molto più rara della precedente, e si manifesta a un periodo più avanzato di infezione costituzionale. Nei casi nei quali io l'osservai, era congiunta ad un'eruzione papulosa o squammosa. Le dita delle mani ne sono affette più spesso, che non quelle dei piedi. Ho in cura adesso un uomo di costumi dissipati che contrasse sifilide da sei mesi, e che ora ha condilomi intorno all'ano ed alla parte superiore interna delle cosce, placche mucose in bocca e sul prepuzio, un' eruzione pustulare a macchie circolari sul cuojo capelluto e sul petto, lepra sul palmo delle mani, e con tutte le dita delle mani affette da onichia, mentre sono sane le dita de' piedi.

Come si osservò spesso in quest'affezione, l'integumento intorno alla base dell'unghia si gonfia, diventa rosso, dolente alla pressione, si stacca dall'unghia e l'epidermide cade in esfogliazione. L'unghia stessa perde la vitalità, si fa più densa, più opaca, scabra, secca, assai friabile, e sovente devia dalla naturale direzione. Più innanzi succede l'ulcerazione della matrice dell'unghia, e colla pressione si riesce a dar esito al pus verso il margine più elevato; qualche volta nascono delle granulazioni fungose dall'interno dell'unghia, [1] e nei casi estremi si distrugge tutta la matrice, l'unghia cade e non si riproduce più.

Cura. — Tranne i casi or detti, l'onichia sifilitica cede al mercurio e l'unghia ritorna allo stato solito. Coll'uso dei rimedj specifici, si vedono nascere dalla matrice delle nuove granulazioni che spingono all'infuori a poco a poco quanto resta dell' unghia vecchia deformata dalla malattia.

Vennero consigliate le lozioni di sublimato corrosivo, e gli unguenti d'ossido rosso o di qualche altro preparato mercuriale; io però non ho mai trovato necessario di ricorrere ad altro che alla cura generale. Diday consiglia al paziente di portar sul dito am-

[1] Ricord, Iconographie, Pl. XLII. Fig. 3.

malato una sorta qualunque di astuccio, l'estremità del quale contenga dell'empiastro mercuriale di Vigo misto a sufficiente quantità d'olio d'oliva per dargli una consistenza semi-liquida. [1]

PATERECCIO.

Il patereccio sifilitico, schiettamente parlando, non dovrebb' essere compreso fra le affezioni sifilitiche delle appendici cutanee. I sintomi di esso non differiscono materialmente da quelli del patereccio comune, col quale si confonde spesso; il sifilitico però lascia il dito molto facilmente in uno stato di infiammazione cronica e di ingorgo, e dà luogo a delle fistole assai difficilmente guaribili, se non si conosce tosto la causa della malattia. È tanto più facile il cadere in tale errore, in quantochè può darsi che non ci sia altro che questo segno di infezione costituzionale, oppure qualche tumore gommoso situato lontano dal dito e che il paziente nasconde volentieri al chirurgo. Come il patereccio comune, codesto ha origine o nel periostio, o nelle guaine dei tendini, o nel tessuto cellulare che copre le falangi. Lo si osserva più comunemente nel periodo terziario della malattia, e lo si deve curare coll'ioduro di potassio. Recentemente se ne osservò un caso assai interessante nella clinica di Nelaton. [2]

[1] Gazzette Médicale de Lyon; N.° 2, 1860.
[2] Gazette des Hôpitaux, Marzo 3, 1860.

CAPITOLO IX.

PLACCHE MUCOSE.

Si dà il nome di *placche mucose* ad una lesione speciale della sifilide, la quale consiste di elevatezze di un color rosa più o meno pronunciato, spesso di forma rotonda, colla superficie rassomigliante a una membrana mucosa, specialmente intorno all'ano e agli organi genitali, sulla membrana mucosa della bocca, certe volte anche su altre parti del corpo, specialmente alla base delle pinne del naso, e dovunque la riflessione dei comuni integumenti sopra sè stessi, forma delle ripiegature naturali nella pelle. [1]

Quest'affezione è tra le prime e tra le più frequenti forme di sifilide secondaria, onde lo studente deve conoscerla assai bene, non ostante i molti ostacoli che incontrerà, per la confusione che si fece nella classificazione e per i diversi nomi che le furono dati.

Autori diversi, secondo le idee che avevano sulla natura di essa, l'hanno descritta fra i tubercoli, fra le pustule, fra le papule, e la chiamarono quindi coi nomi corrispondenti di *tubercoli mucosi*, di *pustule* o di *papule mucose*. I primi due di questi nomi sono affatto improprj, poichè quest'affezione durante il suo sviluppo, ne' suoi sintomi, nel decorso, nella terminazione, non rassomiglia punto nè alle pustule nè ai tubercoli. Il nome di papule mucose è meno errato, poichè questi segni di sifilide consistono sovente nello sviluppo delle papille che formano delle larghe elevatezze sulla

[1] Davasse e Deville. Des Plaques Muqueuses, Archives Générales de Médecine. 1845, Tom. IX. e X.

superficie intorno: ma però non sono sempre elevate, anzi possono essere incavate; hanno inoltre dei caratteri molto diversi da quelli delle papule comuni, e hanno una tale importanza come sintomo di infezione costituzionale, da trovar giusto che Deville e Davasse abbiano dato loro un nome a parte, e che io adotterò.

Come risulta dalla definizione data da questi autori e che noi abbiamo messa in principio del capitolo, la sede di questa lesione è all'orifizio esterno dei canali mucosi, e in quelle parti dei comuni integumenti che stanno sempre in contatto, dove c'è caldo e umidore, e quindi in una condizione assai prossima a quella della superficie mucosa.

Le tavole seguenti possono dare qualche idea della loro frequenza comparativa nelle diverse regioni: —

In 130 uomini osservati da Bassereau, si osservarono le placche mucose: —

Intorno all'ano	110	volte.
Sulle tonsille	100	»
Sullo scroto	66	»
Sui labbri	58	»
Sul glande e sul prepuzio	28	»
Sul velo pendulo	27	»
Sulla lingua	18	»
Sui pilastri del palato molle	17	»
Sulla superficie interna delle guance .	11	»
Frammezzo ai diti dei piedi	11	»
Nella ripiegatura tra lo scroto e la coscia.	5	»
All'orifizio nasale	2	»
Sulla parete posteriore della faringe .	2	»
Alla base di un'unghia del piede . .	2	»
Al meato orinario	1	volta.
Nel cavo ascellare	1	»
Sulle gengive	1	»
Coprenti le cosce in un bambino di tre mesi.	1	»

In 186 donne osservate da Davasse e da Deville si trovarono le placche mucose: —

Sulla vulva	174	volte.
All'ano	59	»
Al perineo	40	»
Sulle natiche e sulla parte superiore interna delle cosce	38	»

Sulle tonsille	19	volte
Alle narici	8	»
Sulla lingua	6	»
Sui diti dei piedi	5	»
Sulla faccia	5	»
Sull'ombelico	5	»
Intorno alle unghie	2	»
Sulle orecchie	2	»
Sul palato molle	2	»
Sulla ripiegatura inguinale	2	»
Sul collo	1	»
Sul capezzolo	1	volta
Sulla cervice uterina	1	»

Da ciò si vede che la sede più frequente delle placche mucose negli uomini, è intorno all'ano e nella bocca; nelle donne sulla vulva. Si volle dire che le placche fossero molto più frequenti nelle donne che negli uomini, ma questa differenza non è forse sì grande come si supponeva. Certo è che non v'è sintomo più comune negli individui maschi affetti da sifilide. Ci sono anche in quasi tutti i casi di sifilide ereditaria nei bambini, e a cagione del continuo umidore della cute a quell'età, le placche non si limitano solo alle regioni che indicammo, ma possono diffondersi su tutta la superficie del corpo, specialmente sulle natiche e sulle cosce. [1]

Lo sviluppo delle placche mucose è favorito dappertutto dalla mancanza di nettezza; e nella bocca, dal fumare o masticare tabacco; negli individui che hanno questa abitudine, quando si sviluppano le placche mucose in bocca, esse sono i sintomi più pertinaci, e che danno maggior da fare; sono ugualmente numerose

[1] Il Thiry non crede nella specificità delle papule mucose, ch'egli vuole costantemente il prodotto d'una semplice irritazione, occasionata dall'immondezza delle parti ove si sviluppano. Io non saprei se questa assai eccentrica opinione, meriti una seria confutazione; scientificamente è necessario rispettare l'opinione di qualsiasi, e nel caso concreto, quella d'un illustre sifilografo; è però permesso lo sperare che questa idea non verrà condivisa dai pratici, ed è lecito altresì invitare il Thiry a ritornare seriamente sull'argomento, ed a cambiare una tale pericolosa opinione, dei tristi effetti della quale egli dovrebbe rispondere in faccia alla società ed alla scienza.

A. Ricordi.

ed ostinate intorno ai genitali delle infime prostitute senza pulizia. All'ospedale Bellevue di questa città, ho veduto qualche caso singolare di placche mucose sulle pareti della vagina e sul collo uterino, per sifilide e sucidume.

Le placche mucose hanno un aspetto diverso a seconda della loro situazione. I punti principali di differenza, li troviamo fra quelle che hanno sede sugli integumenti esterni, e quelle che stanno sulle membrane strettamente mucose.

Le prime, che si osservano per la massima parte intorno all'ano ed agli organi genitali nei due sessi, consistono di dischi rotondi, singoli od aggregati, di un color rossigno o grigiastro, granulosi ed elevati circa un ottavo di linea dall'integumento sul quale sembrano sovrapposti. Il loro aspetto è così particolare che una volta veduto non lo si dimentica più. Lo studente che non ebbe mai occasione di vederle, vegga le figure bellissime dell'*Iconographie* di Ricord, Pl. XVII.

Ecco in qual modo si sviluppano: incomincia dapprima sulla pelle una macchia rossigna, e al disotto dell'epidermide una leggiera effusione, che stacca l'epitellio dal derma, ma non arriva a sollevarla in forma di una vescica o di una bolla; collo sfregamento cade l'epidermide, e resta una superficie sanguinante sulla quale tosto si va formando una pellicola umida, grigiastra; la superficie si eleva per ipertrofia degli strati superficiali della pelle e dà luogo ai dischi di cui parlammo, larghi, piatti, a guisa di verruche.

Altro e singolarissimo modo di origine delle placche mucose, è quando incominciano dalla superficie di un ulcero, il quale, durante il processo di riparazione, può granulare al di sopra dell'integumento circostante, e coprirsi di una pellicola sottile, pellucida, grigiastra. Parlando dell' ulcero, abbiamo già accennata questa singolare trasformazione di un sintomo primario in un sintomo secondario. Si tenne nota di molti esempj di simili fatti sugli organi genitali; io pure ne ho veduti parecchj. Bassereau riferisce un caso interessante, nel quale ciò avvenne sul labbro inferiore. [1]

Quando hanno origine nell'ultimo modo or accennato, le placche

[1] Op. cit. pag. 326.

mucose sono situate su una base indurita; però i tessuti che loro stanno sotto, alla pressione serbano la loro solita mollezza. Al contrario di quanto dicono alcuni autori, non presentano mai il color cupreo delle altre eruzioni sifilitiche; sono invece di un color rossigno o bianco-grigio. Se accade che il paziente s'ammali di itterizia, la pellicola che le ricopre, può tingersi di giallo. Solitamente sono bagnate d'una secrezione muciforme assai acre, il che è maggiormente di danno, quando le placche sono situate presso ai genitali; io m'accorsi più volte che hanno anche un odore così potente da invadere la camera. Solo in pochi casi eccezionali le placche sono secche.

Le placche mucose si esulcerano assai facilmente. Quando vanno soggette allo sfregamento o per gli abiti o per la superficie integumentale che loro sta contro, la pellicola che copre la placca vien via, e in luogo del disco elevato resta una ulcerazione rossa, superficiale, ma depressa. Tale è l'origine delle superficie nude, cruente, che si vedono sovente sui lati e sul davanti dello scroto nei pazienti sifilitici.

Le placche mucose ulcerate ai margini dell'ano, rassomigliano assai alle fessure anali comuni, dalle quali si possono distinguere pei margini più prominenti e rotondi, e per la pellicola grigiastra che si vede quasi sempre ai lati della spaccatura.

Quando hanno sede sulle dita dei piedi, tramandano una secrezione liquida, bruna, assai acre, e si projettano spesso sul dorso e sulla superficie palmare del piede in forma di mezzaluna alla base del solco interdigitale. Le placche mucose ulcerate e fesse ai contorni dell'ano, frammezzo alle dita dei piedi òd altrove, chiamansi *ragadi.*

I condilomi sulla vulva, sono in generale elevati e di color rossigno, come si vede benissimo nell'*Iconographie* di Ricord, Pl. XX. Quelli che io viddi nella vagina e sul collo dell'utero, rassomigliavano alle placche mucose dei comuni integumenti, assai più che a quelle delle altre membrane mucose, come sarebbero per esempio, quelle entro la cavità della bocca.

Le placche mucose agli organi genitali in ambidue i sessi, danno origine certe volte ad una secrezione che rassomiglia alla blennorragia della vicina membrana mucosa, la quale si osserva non di rado, all'incirca quando incominciano i primi sintomi secondarj o quando ha luogo una recidiva dei sintomi generali.

Al contrario di quasi tutte le eruzioni sifilitiche, le placche mucose sono spesso sede di molto prurito, specialmente quando sono sul perineo o sullo scroto, oppure quando non si osserva la dovuta nettezza, o quando le parti si riscaldano o si fanno umide pel moto o pel contatto prolungato in letto. Abbiamo già detto del carattere senza dubbio contagioso di queste lesioni. [1]

Le placche mucose nella bocca si presentano alquanto differenti da quelle or descritte. Il loro carattere più saliente è un colore bianco grigio, come se fossero state toccate con un lapis di nitrato d'argento, d'onde il nome che fu dato loro di *placche opaline*. Hanno una figura più irregolare dei condilomi, e a differenza di questi non sono, generalmente parlando, elevate sulla superficie intorno. In qualche caso, il deposito avventizio che dà loro il color grigio e che si toglie difficilmente, si limita al margine irregolare della placca, il centro resta sano; quando si presentano così, furono paragonate alle tracce d'una chiocciola. [2]

La sede più frequente di questa forma di placche mucose, è sulla superficie interna dei labbri e delle guance, sui lati e sul dorso della lingua, sulle gengive, sulle tonsille, e sul palato molle. Di rado discendono oltre i pilastri e le fauci, quantunque però certe volte si sian vedute sulle pareti della faringe, come nei due esempj notati da Bassereau nella tavola citata. Dopo l'invenzione del laringoscopio, si viddero anche sull'epiglottide e sulla membrana mucosa della laringe.

Si osservano non di rado all'angolo della bocca, dove sono spesso intersecate da fessure, i margini delle quali presentano il color grigio caratteristico di questa lesione; colà sono continue colle piccole placche di impetigine dei comuni integumenti esterni. Sul dorso della lingua, hanno qualche volta una base soda, indurita, e fessa: oppure col masticare, cade la pellicola che la copre dapprima e resta una superficie leggiermente depressa che rassomiglia ad una ulcerazione aftosa; oppure possono anche nascere delle granulazioni sulla superficie formando così delle vegetazioni.

Sulle tonsille, le placche mucose sono esposte in ispecial modo

[1] Vedi pag. 207.

[2] Iconographie, Pl. XX, bis.

all'irritazione ed all'ulcerazione a motivo dello sfregamento prodotto nella deglutizione dei cibi; e diffatti si formano delle ulcere, accompagnate da una considerevole infiammazione e da gonfiore delle parti vicine; allora i caratteri della lesione originale sono affatto perduti; è assai difficile od impedita la deglutizione; e la infiammazione può estendersi alla tuba d'Eustachio producendo una sordità parziale.

Bassereau dice che le placche mucose possono reagire sui vicini ganglj linfatici, nello stesso modo delle eruzioni sifilitiche dell'epicranio, ma solo nel caso che il loro sviluppo sia accompagnato da infiammazione acuta. Così le ghiandole sottomascellari si gonfiano spesso per simpatia colle placche mucose delle fauci; le ghiandole inguinali ingrossano per la presenza di condilomi sullo scroto, ma l'effetto sulle ghiandole inguinali è assai meno pronunciato, perchè generalmente sono già indurite a motivo del loro nesso anatomico coll'ulcero primario. In due casi osservati da Bassereau, nei quali l'ulcero era situato lontano dagli organi genitali, le ghiandole inguinali si gonfiarono per la presenza di placche mucose sui genitali. Quest'effetto sui ganglj è per altro eccezionale; esso non è che un semplice ingorgo, non mai indurimento.

Questa tavola di Bassereau mostra il periodo dello sviluppo di questa lesione dopo il contagio, quando non s'è fatta alcuna cura, ed anche quando si è preso mercurio per la piaga primaria: —

Nel primo caso, quando non s'è fatta alcuna cura, le placche mucose si manifestarono: —

Nel 20° giorno	dal	contagio	in	1	esempio
» 29° »	»	»	»	1	»
Da 1 a 2 mesi	»	»	»	25	esempj
» 2 » 3 »	»	»	»	5	»
» 3 » 4 »	»	»	»	7	»
» 4 » 5 »	»	»	»	5	»
» 5 » 6 »	»	»	»	3	»

Nel secondo caso, ossia quando si prese mercurio per la piaga primaria: —

Da 2 a 3 mesi	dal	contagio	in	2	esempj
» 3 » 4 »	»	»	»	6	»
» 4 » 5 »	»	»	»	5	»

Da 5	a 6	mesi	del	contagio	in	5	esempj
» 6	» 7	»	»	»	»	6	»
» 7	» 8	»	»	»	»	2	»
» 8	» 12	»	»	»	»	5	»
» 12	» 18	»	»	»	»	3	»

Faccio osservare al lettore, che queste date si riferiscono solo al primo sviluppo dell'eruzione. La differenza nelle due tavole, dimostra il potere che ha il mercurio di ritardare il comparire dei sintomi secondarj.

Le placche mucose sono assai persistenti, e sono assai inclinate a ritornare; infatti sono esse la prova più frequente della rinnovata attività del veleno sifilitico.

Aggiunta di A. Ricordi. — Importa moltissimo il ricordare, come talvolta l'ulcero venereo (molle) imiti talmente la forma della placca mucosa da dover richiedere, per parte del pratico anche il più esercitato, tutta la possibile attenzione, onde non cadere in errore. Due sono i modi coi quali può assumere l'aspetto della placca mucosa; il primo è il seguente: quando l'ulcero ha perduto della sua virulenza e che è entrato nel periodo di riparazione, i bottoni carnei di nuova formazione, se non sono frenati di quando in quando coll'apposita medicazione, e se per lo contrario trovansi in opportune circostanze, per esempio su parti irrorate da mucosità, o da secrezioni muco-purulenti, a poco a poco si innalzano dal fondo, oltrepassano il livello della cute o della mucosa, prendono un aspetto rosso-bigio, e simulano perfettamente la placca mucosa. In tal caso, il criterio diagnostico dell'autoinoculazione non è più possibile, non essendovi più virulenza, ed è necessario ricorrere ad altri dati onde differenziare. Se si tratta d'una placca mucosa primitiva, o d'un ulcero infettante a trasformazione in placca, l'indurimento specifico dei ganglj linfatici corrispondenti è un prezioso criterio; più la conoscenza degli anamnestici, del decorso della lesione, della sua molteplicità, dell'essenza, o della concomitanza di sintomi precoci di sifilide, ed infine dall'osservare in prossimità ulceri venerei ancor virulenti, oppure ulceri infettanti. Se invece si tratta di placche mucose sviluppatesi come fenomeno successivo, la diagnosi è molto più facile, essendochè oltre

alle informazioni che può dar l'ammalato sulla precedente infezione, e sul modo di sviluppo delle forme, il medico stesso per l'aspetto, o per il loro numero, estensione, e varia località, non che per la coincidenza di altri sintomi di sifilide successiva che possono verificarsi, è in grado di fare una giusta diagnosi.

Il secondo modo col quale l'ulcero venereo può simular la placca, è forse meno frequente del primo (benchè ambedue sieno rari), ma più facilmente può condurre ad inganno. Stabilitisi di tali ulceri in una data località, (questo modo io l'ho osservato fino ad ora esclusivamente al pudendo femminino), probabilmente in opportune circostanze, come per l'altra maniera di trasformazione, formasi in un perimetro più esteso della loro base, un processo flogistico con essudato fibrinoso, il quale aumentando poco a poco, elevasi la cute, che assume un colorito rossigno, in forma di cono all'apice del quale sta l'ulcero, ed assomiglia perfettamente alla papula conica, mammellonata, che osservasi non infrequentemente al margine libero delle grandi labbra. Il caso che vado a raccontare mostrerà come facilmente si possa confondere questa forma d'ulcero molle, con fenomeni d'espressione di sifilide, qualora non si faccia un minuto esame, e non si valga di tutti i mezzi del diagnostico differenziale.

Una balia portò a Milano un bambino ch'erale stato affidato da allattare. Il padre di questo bambino ebbe con essa commercio carnale, pochi giorni dopo il quale, la donna fu affetta da scolo vaginale e da piccole piaghe al pudendo, che ritornando alla campagna comunicò al proprio marito. Dieci giorni dopo l'infezione, la balia venuta alla città per farsi curare, fu giudicata affetta da papule mucose al pudendo e da scolo vaginale. Il di lei marito infetto egli pure dalla moglie infedele, recavasi poco dopo a Milano e presentava numerosi ulceri al bordo libero prepuziale con bubone flemmonoso suppurato all'inguine sinistro.

Io non aveva ancora veduta la balia, quando mi venne fatto osservare il marito, gli ulceri del quale presentavano tutti i caratteri dell'ulcero venereo tipico, e fui mosso da somma curiosità nel sentire (dal curante) che la moglie che l'aveva infetto, portava delle papule mucose al pudendo. Questo fatto constatato per vero, sarebbe stato in aperta contraddizione colle mie credenze dualistiche, e mi impegnò ad uno scrupoloso esame. Visitata attentamente

la balia non presentava sul corpo, nè alla bocca od all'ano, lesione di sorta. Aveva un leggiero scolo vaginale muco-purulento, ed una estesa ulcerazione fungosa alla bocca uterina. (Notisi che questa donna era soggetta a perdite bianche). Sul bordo libero del gran labbro destro, alla fossetta, ed al contorno (a sinistra) dell'ostio vaginale, presentava cinque eminenze coniche, tre al gran labbro della grandezza e figura press'a poco di un capezzolo, rosso-brune, di consistenza carnosa, umide; le altre due più piccole ma coi medesimi caratteri fisici. Alla loro sommità avevano tutte una piccola ulcerazione grigiastra, che osservata alla lente risultava d'una piccolissima cavità con bordi leggiermente scollati e frastagliati. Assenza totale di indurimenti adenici inguinali. La donna era stata assoggettata da alcuni giorni alla cura mercuriale interna ed alla medicazione locale col liquido di Labarraque e colla polverizzazione di calomelano, senza alcunissimo vantaggio, anzi questi tumoretti (che in verità avevano tutto l'aspetto delle papule coniche), erano cresciuti in volume.

Dalla conoscenza di tutte queste cose mi rallegrai con me stesso di non aver trovata menzognera la dottrina dualistica, e diedi il mio parere facendo diagnosi di ulceri venerei a forma papulosa, escludendo affatto la presenza d'ulcero misto, o di papula sifilitica. Ed a miglior persuasione inoculai, sulla balia il pus tolto dai piccoli ulceri esistenti alla sommità di quei tumoretti, in due punti della coscia destra. La mia aspettazione non fu tradita: dopo la solita evoluzione, rimasero al luogo d'inoculazione due ulceri venerei tipici.

Questa donna guarì in seguito delle forme al pudendo, colle ripetute profonde cauterizzazioni; gli ulceri prepuziali del marito, trattati egualmente, risanarono dopo alcun tempo; il bubone suppurato, punto ed injettato, guarì anch'esso poco dopo.

Questo caso che ha tratto in errore persone versate nelle malattie veneree, è degno certamente di importanza e merita d'essere conosciuto nel diagnostico.

Cura. — Le placche mucose, oltre alla cura generale col mercurio ch'esse indicano come sintomi di infezione sifilitica presente, richiedono altresì certe applicazioni locali. Nel caso di condilomi,

generalmente riesce buonissima la cura favorita di Ricord, la quale consiste nel lavarle due volte al giorno colla soluzione Labarraque di cloruro di soda, poi cospargerle di calomelano, e tener separate le superficie opposte col frammettere delle filacce; certe volte però è necessario il distruggerle col nitrato d'argento, coll'acido nitrico o col nitrato acido di mercurio.

Victor de Meric, parla assai favorevolmente di un unguento adoperato da molti medici del German Hospital di Londra, composto di sei grammi di calomelano, sei grammi di solfato o di ossido di zinco (non importa quale dei due), e trenta grammi di grasso. Dopo poche applicazioni, le escrescenze diventano secche e callose, cadono e lasciano una superficie cruenta che guarisce tosto. Quando ci fosse molta infiammazione, si applicano prima alcuni empiastri emollienti. [1]

Le placche mucose della bocca, si toccano col nitrato d'argento o con qualche altro caustico più forte, e si possono adoperare diversi gargarismi che accenneremo nel seguente capitolo. Questo trattamento non si deve trascurare per niente affatto, poichè senza di esso queste lesioni persisteranno sovente, non ostante i rimedj diretti contro la causa del male.

[1] Lettsomian Lectures, p. 42.

CAPITOLO IX.

TUMORI GOMMOSI.

Poichè i tumori gommosi sono fra i sintomi più tardi di sifilide, in molte opere sulle malattie veneree furono descritti in uno degli ultimi capitoli. Io però preferisco di parlarne qui, perchè così ho l'occasione di dire di uno speciale prodotto di sifilide, la conoscenza del quale è necessaria a ben comprendere le pagine che verranno. Questa disposizione non urta col piano generale dell'opera, nel decorso della quale non fu mio scopo di trattare le affezioni sifilitiche puramente secondo il loro ordine cronologico, bensì di parlarne quando mi pareva che colà potessero riuscire più chiare al lettore; al quale scopo io credo s'arrivi meglio con una descrizione basata sulla sede della malattia, comprendendo le lesioni terziarie (nelle quali hanno tanta parte le gomme), quanto le secondarie. Così abbiamo già fatto trattando delle affezioni sifilitiche della pelle, nel qual capitolo abbiamo comprese tanto i primi quanto i più tardi sifilodermi. Nel resto dell'opera seguirò lo stesso piano topografico.

L'espressione gomme o tumori gommosi, serve ad indicare una delle tarde forme di sifilide che si manifesta generalmente almeno qualche anno dopo, e mai prima di sei mesi dal contagio; sono piccoli tumori che si sviluppano nel tessuto cellulare sottocutaneo e sottomucoso, e che lentamente s'avviano alla suppurazione ed all'ulcerazione. Questi tumori sono il tipo di una classe che ne racchiude altri, i quali si sviluppano nei muscoli, nei tendini, nei visceri, nei testicoli, ecc.; però quando questo nome viene adoperato solo senza epiteto, indica solamente quelli del tessuto cellulare; si parla però anche di tumori gommosi dei muscoli, dei tendini, del cuore, dei testicoli (orchite sifilitica) ecc.; ognuno dei quali dipende dal deposito di una stessa materia nel tessuto normale dell'organo.

I tumori gommosi del tessuto cellulare, incominciano a guisa di noduli duri, mobili sui tessuti sottoposti e mobili al di sotto della pelle, la quale resta sana; in principio sono o dolenti od infiammati; raggiungono il loro pieno sviluppo in un lungo periodo di tempo, per esempio, diversi mesi o un anno; tosto o tardi però diventano alquanto più sensibili alla pressione, si fanno più molli e aderenti ai comuni integumenti; la suppurazione incomincia al centro non mai nel tessuto cellulare circostante; la cute che li ricopre prende un colore rosso scuro o livido, si assottiglia, si esulcera, e dà esito ad una piccola quantità di pus icoroso. La dissoluzione del deposito avventizio che incomincia al centro del tumore, s'avanza verso la superficie e dà origine ad una ulcerazione vasta, profonda, contornata da un margine irregolare di cute sottile e distaccata sotto. Non incomincia il processo di riparazione fino a che l'infiammazione non abbia distrutti gli strati esterni, che formano una specie di cisti intorno al tumore; e la cicatrice che ne segue, depressa, di color violetto dapprima, poi bianco sporco, pare una cicatrice prodotta da una bruciatura profonda.

I tumori gommosi non sono quasi mai moltiplici; però spesso si succedono l'un dopo l'altro per lungo tempo. Possono determinarsi su qualunque parte esterna del corpo, ma sono più frequenti sulle estremità, sul collo, sulla testa. Il loro volume varia da una piccola noce, ad un uovo di gallina. Or non è molto ne ebbi a curare uno su un braccio, precisamente al di sopra dell'articolazione del cubito; vi si era determinata poi un'ulcera profonda tre quarti di pollice, e del diametro di un pollice e mezzo a due pollici. Quando sono situati vicini alle ossa, per esempio sull'epicranio o sulle pareti della faringe o sul palato, possono dar luogo a carie e necrosi. I tumori gommosi si sviluppano sovente nel tessuto cellulare al di sotto del dartos dello scroto, dove furono creduti orchite sifilitica, e così condussero ad ammettere che la suppurazione sia una terminazione comune dell'orchite sifilitica, mentre invece è rarissima.[1] Ricord nella sua Iconografia, Pl. XXXVIII, illustrò assai bene le gomme di questa regione.

Nel seguito di quest'opera, avrò spesso occasione di parlare delle

[1] Mr. Hamilton di Dublino nel suo Essay on Syphilis, certamente ha commesso un errore. Vedi Langston Parker, pag. 219.

gomme in relazione con affezioni sifilitiche delle diverse regioni, per esempio: le ulcere gangrenose delle fauci, i tubercoli sifilitici della lingua, i tumori dei muscoli, dei tendini, ecc.

Lebert studiò col microscopio i tumori gommosi e li descrisse così: — Uno strato sottile del tumore si trova composto di lasso tessuto fibroso, costituito di fibre elastiche pallide che racchiudono nei loro spazj una sostanza omogenea, granulare, gli elementi della quale sono meno aderenti fra loro di quelli dei depositi del vero tubercolo. Queste cellule granulari o corpuscoli, non eccedono la grossezza di 0m, 005; sono arrotondati e contengono una sostanza granulare irregolarmente; qualcuno dei corpuscoli maggiori hanno un volume di 0m, 0075, con pareti pallide, irregolari, e sembrano contenere un nucleo rotondo. — [1]

Robin dice che — questi tumori consistono di nuclei rotondi appartenenti alle cellule fibro-plastiche o *cytoblastions;* di una sostanza finamente granulare, semitrasparente, amorfa; e finalmente di fibre isolate di tessuto cellulare, di un piccol numero di fibre elastiche, e di qualche vaso sanguigno capillare. —

Gli elementi anatomici del tubercolo sifilitico, non sono speciali a questa malattia, poichè si trovano anche nei tessuti sani e nei tumori che non hanno alcun nesso colla sifilide. Questo deposito però è singolare per l'estensione cui arriva nelle lesioni sifilitiche. Lo si trovò nelle ossa e nel periostio, nei tumori sifilitici dei nervi, dei muscoli, e dei tendini, nel fegato, nel cuore, nel cervello, nei polmoni e nei testicoli. Le ulcere gangrenose della faringe e della laringe, sono precedute dal depositarsi di esso nel tessuto sottomucoso, esso forma i tubercoli che si osservano sulla cute, sulla lingua, ecc., e Virchow assicura che ci sia anche nella base indurita degli ulceri. L'estensione cui può arrivare questo deposito è cosa notata solo da poco tempo, e non se ne fecero sufficienti osservazioni da poterne precisare i limiti. Pare a me, che l'idea di Virchow di fondare una classificazione delle lesioni sifilitiche in *passive ed attive,* secondochè c'è o non c'è questo deposito, pare a me che sia alquanto immatura. [2]

[1] Nota a Van Oordt, des Tumeurs Gommeuses, Tesi di Parigi, 1859, p. 16.

[2] Vedi pag. 187.

La cura delle gomme del tessuto cellulare, sta quasi tutta nell'interna amministrazione dell'ioduro di potassio, il quale certamente ha maggior potere del mercurio a guarire la malattia locale; si richiedono però i mercuriali per impedire una recidiva od altre forme di manifestazioni sifilitiche.

Ricord e Vidal consigliano un mezzo che pare assai disputabile, cioè l'estirpazione del tumore col coltello, prima che si sia determinata la suppurazione, prima che si siano infiammate le parti vicine. Questi tumori debbonsi aprire tosto che si rileva la fluttuazione; e le ulcere susseguenti, se tendono ad espandersi, si curano come tutte le altre piaghe che assumono un carattere fagedenico.

CAPITOLO X.

AFFEZIONI SIFILITICHE DELLE MEMBRANE MUCOSE.

Molti autori, specialmente Babington, Ricord, [1] e Baumés, [2] tentarono di stabilire una classificazione delle eruzioni sifilitiche delle membrane mucose, fondata sulla lesione iniziale delle eruzioni stesse, come nel caso dei sifilodermi. Non c'è dubbio che queste manifestazioni della sifilide in queste due regioni, hanno una generale relazione, la quale invero nel caso dell'eritema e dei tubercoli è pressochè perfetta; la si potrebbe trovare tra le superficiali erosioni delle vesciche, le ulcere profonde della tarda forma di ectima, e le ulcere corrodenti dei tubercoli cutanei da una parte; e dall'altra le afte e le ulcerazioni incavate della bocca e delle fauci. Il volere spingere più in là ancora questa analogia, condusse a delle supposizioni che io credo alquanto fantastiche, come per esempio, la supposta identità della pellicola grigiastra delle placche mucose, colle squamme delle eruzioni squammose della pelle. Bisogna altresì confessare che, quantunque siano spesso evidenti questi punti di rassomiglianza tra le eruzioni sifilitiche della cute e delle mucose (i quali tessuti in vero non sono che una continuità di membrana), pure, le condizioni fisiche nelle quali stanno le mucose, l'umidore costante, l'essere esposte allo sfregamento, ecc., ci impediscono di classificarne con esattezza le eruzioni, come facciamo delle eruzioni cutanee.

[1] Note all'Hunter.
[2] Traité des Maladies Vénériennes, II, pag. 443.

Parlando delle eruzioni sifilitiche sulle membrane mucose, non lascerò sfuggire occasione veruna di accennare quella qualunque analogia che ci può essere, tra queste eruzioni e i sifilodermi; ma mi starò lontano da qualunque tentativo di classificazione fondata sulla supposta lesione iniziale, volendo evitare ogni suddivisione non necessaria, onde presentare al lettore l'argomento esposto più chiaramente che sia possibile.

Eritema. — L'eritema delle membrane mucose, è identico a quello della cute, nel tempo di sua comparsa e ne'suoi caratteri generali. Come quello della cute, si manifesta da sei ad otto settimane dopo il contagio, quando non sia stato dato mercurio; può affettare probabilmente qualunque orifizio dei canali mucosi, più sovente però lo si nota sulle fauci, sulla membrana pituitaria, e sugli organi genitali; molte volte passa inosservato. Sulle fauci ha un aspetto di rossore e di congestione, o generalmente diffuso sulla superficie o circoscritto in macchie, vi si accompagna un certo grado di edema, e termina spesso colla formazione di placche mucose. [1]

[1] Accompagnasi moltissime volte all'eritema, alla formazione di placche mucose, ed alle ulcerazioni del faringe, l'ingrossamento delle tonsille. Questo fatto fu notato fin dai tempi addietro, e lo si vede accennato nelle opere di quasi tutti i sifilografi antichi e moderni. Non era stata però ancor segnalata una tumefazione delle amigdali indipendente da altre lesioni di natura sifilitica alle fauci, ed in rapporto coll'alterazione delle ghiandole linfatiche che succede alla lesione iniziale della sifilide (bubone specifico indurito). Questa lacuna nosografica è stata riempita dalle belle osservazioni del Tanturri: egli pel primo ha chiamato l'attenzione degli specialisti su quest'alterazione, e l'ha descritta coll'appoggio di numerosi fatti raccolti diligentemente nelle infermerie di Cullerier, di Cusco, di Clerc, e nel dispensario di Langlebert, sotto il nome di: Tumefazione indolente delle tonsille nella sifilide costituzionale incipiente. Secondo le osservazioni del Tanturri, quest'intumescenza che può raggiungere il doppio e persino il triplo volume della ghiandola normale, si manifesterebbe assai precocemente (dal 10° al 32° giorno della formazione del bubone indurito che accompagna la lesione iniziale); sarebbe caratterizzata dalla perfetta indolenza ed assenza di rossore, o da altro prodotto di secrezione a corso cronico, e parrebbe in istretto legame patologico col bubone indurito. Questa tumefazione tonsillare, sarebbe più palese quanto meno è sviluppato il bubone indurito; la si riscontrerebbe, unilaterale o doppia; nel qual ultimo caso le due tonsille non avrebbero l'egual volume.

Ho veduti diversi esempj di eritema della membrana mucosa, sul glande, e sulla membrana del prepuzio, indipendentemente da qualunque eruzione sugli integumenti esterni. In un caso ch'ebbi in cura recentemente, osservando se comparivano i sintomi generali dopo la cicatrizzazione di un ulcero di dubbio carattere sul pene, ebbi a notare un rossore della membrana che tappezza il solco alla base del glande, onde esaminando con maggior diligenza, trovai una pustula sul cuojo cappelluto e l'ingorgo di due ghiandole cervicali, quantunque non vi fosse alcuna eruzione sul corpo. Ricord descrisse e riprodusse [1] un caso di eritema del glande con roseola sul tronco; l'eritema era disposto a circoli di color rosso vivo che comprendevano delle porzioni di mucosa sana, assai rassomigliante alla roseola del corpo.

Ulcere. — Le ulcerazioni delle membrane mucose si possono dividere in tre varietà:

1. Erosioni superficiali;

2. Ulcere di estensione e profondità limitata, che incominciano sulla superficie e penetrano tutto lo spessore della membrana mucosa, e

3. Ulcere fagedeniche che originanó per lo più da tubercoli, da

Per questa speciale tumefazione contribuirebbe moltissimo l'età, poichè delle 42 osservazioni, tre quarti spetterebbero ad individui tra i 19 ed i 30 anni. L'inspezione delle tonsille potrebbe quindi essere utile elemento di diagnosi nella così detta sifilide costituzionale incipiente. La spiegazione che il Tanturri ci porge, circa il fatto da lui annunciato, mi sembra plausibilissima, ed io la divido volentieri col distinto sifilografo: cioè che ciò che si verifica nelle ghiandole linfatiche, si osserva anche negli organi che ad esse rassomigliano; come le tonsille, i follicoli linguali, intestinali, il timo, i corpuscoli del Malpighi ecc., organi i quali da Kölliker, da Virchow, da Brücke, da Lebert, e da altri, vennero classificati per analogia di forma istiologica e per legame funzionale, insieme alle ghiandole linfatiche. Le fasi di questa tumefazione non sono ancor ben note, attesochè associasi in seguito l'eritema, la placca, o l'ulcerazione, che ne altera l'andamento e la forma primitiva. Pare però che essa debba seguire le medesime vicende delle ghiandole linfatiche influenzate dal virus sifilitico.

A. Ricordi.

[1] Iconographie, Pl. XV.

tumori gommosi del tessuto cellulare sottomucoso, e che hanno un carattere assai devastante.

Faccio notare che nelle due prime varietà, l'ulcerazione incomincia dall'esterno della membrana mucosa, nella terza incomincia dall'interno.

1. La forma superficiale non è che una semplice eruzione od un afte che non penetra al di sotto dell'epitelio, e che nasce nel seguente modo: la membrana mucosa si fa congesta nel punto che dev'essere occupata dall'ulcera; al di sotto dell'epidermide si forma una leggiera effusione di siero, e l'epidermide si stacca tosto lasciando a nudo un'erosione superficiale a superficie liscia, levigata, qualche volta coperta da un leggiero essudato al centro, ma che non assume mai la pellicola grigiastra speciale delle placche mucose.

Le afte sifilitiche si ponno presentare sugli organi genitali in ambedue i sessi, dentro le cavità della bocca e del naso, e sulle fauci. Si osservano sovente di estensione diversa sui lati e sul dorso della lingua, la quale, nelle parti malate, è sprovvista dello strato papillare, e presenta una superficie liscia levigata che contrasta assai colle scabrosità circostanti. Ricord nella sua Iconografia, Pl. XX. bis, fig. 4, diede una bellissima figura di afte sifilitiche sui lati della lingua.

2. La seconda varietà è un ulcera incavata che comprende tutto lo spessore della membrana mucosa, coi margini tagliati a picco; il fondo coperto da un essudato difterico di color grigio scuro, e che tramanda una secrezione purulenta. Questi caratteri sono press'a poco identici a quelli dell'ulceroide, e l'ulcera in questione fu chiamata da alcuni: ulcero amigdalino o secondario. L'ulceroide si vede assai di rado, quando pure lo si vede, nella cavità della bocca, e lo si può sempre riconoscere poichè è suscettibile di inoculazione sulla persona che lo porta. Non si può ricorrere all'inoculazione sperimentale per distinguere fra un'ulcera secondaria e un ulcero, nessuno dei quali è antoinoculabile.

L'ulcera della quale parliamo, è l'analogo della forma profonda di ectima, ed appartiene ad uno stadio più tardo di sifilide, che non l'erosione superficiale or ora descritta. Quest'ulcera, è quasi sempre lenta nel decorso, e specialmente nei soggetti cachettici, spiega una inclinazione pronunciata ad estendersi. Più spesso ha

sede sulle tonsille dove il processo di ulcerazione può arrivare fino alla totale distruzione delle amigdali. Le parti circostanti sono più o meno rosse e gonfie, la deglutizione è difficile e dolorosa. Questa affezione dev'essere assai bene distinta dalle ulcerazioni terziarie della gola; al che si arriverà quasi sempre ponendo attenzione al tempo che passò dal contagio, all'aspetto delle parti affette, e ai sintomi concomitanti, se essi cioè appartengono allo stadio secondario o terziario della sifilide.

3. La terza varietà di ulcerazioni delle membrane mucose, dipende per lo più dalla suppurazione del tubercolo sifilitico depositato nel tessuto sottomucoso.[1] L'incominciare della malattia può passare inosservato facilmente, in particolar modo perchè il mercurio dato per la cura della piaga primaria, può aver impedita completamente la comparsa dei sintomi secondarj, e perchè dopo molti anni di salute non interrotta, il paziente si teneva sicuro e non se n'occupava più.

Quando interessano, come spesso accade, le vicinanze delle fauci, i primi sintomi sono un po' di dolore nella deglutizione e un po' d'inceppamento nei movimenti della parola; esaminata allora la gola si vedrà un certo grado di rossore e di gonfiezza di una o di diverse parti di superficie; nella maggior parte dei casi però il paziente non ricorre al medico se non dopo la suppurazione, e quando s'è già determinata un'ulcera. La piaga così formatasi, è circondata da un margine irregolare, è coperta da una secrezione pseudo-membranosa di color grigio giallognolo, e va sempre estendendosi con un processo di ulcerazione fagedenica, non limitata nemmeno dai tessuti ossei.

Il deposito tubercolare può essersi disposto nel tessuto cellulare o muscolare tra i due strati mucosi del palato molle, nel qual caso,

[1] Il Dottore WILKS parlando di questo ulcere della laringe dice: — Per la laringe si adoperò il termine ulcerazione; ma questa è secondaria alla deposizione di un materiale avventizio nel tessuto sottomucoso, pel quale infatti si riconosce, io credo, questa forma di malattia; le pareti del canale sono inspessite e indurite, indipendentemente dall'ulcerazione che ci può essere sulla membrana mucosa; in qualche caso tutta la malattia sta in una massa di tessuto duro, a guisa di nodulo o di tumore che occupa la glottide e che ostruisce il passaggio. — (Pathological Anatomy, pag. 463).

l'ulcero s'apre una comunicazione tra la bocca e le narici posteriori e corrode l'ugola; oppure, la malattia può incominciare nelle pareti della faringe; e, a meno che arrestata dalla cura, distrugge i pilastri delle fauci e le tonsille, procede alle narici posteriori, comprendendo la tuba d'Eustachio, l'orecchio medio, o discende all'imbasso alla base della lingua, all'esofago, all'epiglottide ed alla laringe. L'alito è fetidissimo, assai difficile o impedita la parola e la deglutizione, e una parte del cibo rigurgita dalle narici. Ne può seguire sordità, per l'ulcerazione che comprende la tuba d'Eustachio, o per l'edema che, circondando l'ulcero, chiude l'orifizio della tuba; o possono esserne affetti i tessuti ossei, d'onde carie e necrosi delle vertebre cervicali, del palato duro, e degli ossi mascellari. Lo stato generale del paziente, che nella maggior parte dei casi erà già debole fino dal principio della malattia, deperisce assai di più, fino all'emaciazione, alla febbre etica, ed alla morte. In quei casi che terminano favorevolmente, i margini delle ulcere diminuiscono, la superficie si deterge, spuntano delle granulazioni sane, e alla fine l'ulcerazione guarisce, lasciando al suo posto una cicatrice bianca, indurita, tendinea. [1]

Il Dottore Wilks, parlando dell'esame cadaverico delle ulcerazioni sifilitiche delle membrane mucose, dice: — Esaminando sul cadavere un'ulcerazione sifilitica, voi trovate oltre all'ulcerazione, che le parti adjacenti sono molto inspessite ed indurite, come accennai parlando della laringe, in conseguenza del deposito fibroso o della linfa che si raccoglie nel tessuto. — [2]

Tubercoli della lingua. — I tubercoli sifilitici possono anche nascere al di sotto della membrana mucosa o nello spessore della lingua, dando origine ad ulcere fagedeniche, quindi alla parziale o quasi totale distruzione di quest'organo. Lagneau pubblicò recentemente un saggio interessantissimo di codesta affezione, basato sull'analisi di cinque casi osservati da Ricord e da Bouisson, e di cinque altri inediti. [3] Dalle ricerche di questo autore risulta, che

[1] Nell'Iconografia di Ricord, Pls. XXXIV. e XXXVII, trovansi figurate delle ulcerazioni terziarie della gola.

[2] Lectures on Pathological Anatomy, Londra, 1859, pag. 258.

[3] Gazette Hebdomadaire, 1859, num. 32, 33, 35.

i tumori sifilitici della lingua non si determinano fuor che in un tardo periodo di sifilide; ma che essi non sono necessariamente accompagnati da cachessia generale, come dissero alcuni autori, poichè diversi pazienti trovavansi in condizione di perfetta salute. In certi casi affettano le parti superficiali della lingua, in certi altri le profonde, oppure ne possono essere interessati tutti i muscoli della lingua; sul principio della malattia è più spesso malata la base della lingua. Le forme superficiali corrispondono ai tubercoli dei comuni integumenti e del tessuto cellulare; le profonde ai tumori gommosi dei muscoli e dei tendini delle varie parti del corpo.

I tubercoli sifilitici della lingua certe volte sono isolati, certe altre sono ammassati; il loro volume varia da quello d'una piccola nocciuola a quello d'una noce; generalmente sono globosi, ma qualche volta hanno una forma irregolare; in principio hanno un colore grigiastro, dopo la suppurazione diventano gialli; dapprima sono duri quasi come una cartilagine, poscia a poco a poco diventano molli di consistenza pastosa, e alla fine s'aprono e danno luogo ad ulcere di varie profondità, oblunghe, con margini irregolari e ricisi. [1]

Il fondo delle ulcere è di color grigiastro, rare volte coperto da una secrezione difterica, e qualche volta dai piccoli punti di gangrena; la base in principio è indurita, ma diventa molle a poco a poco; l'ulcera sanguina facilmente pel contatto coi denti. Il riunirsi di parecchie ulcere può dar luogo alla distruzione di una buona parte della lingua, la quale poi dopo la cicatrizzazione resta assai sformata.

Questi tumori, sul principio, non si riconoscono in altro modo che facendo sdrucciolare la lingua fra le dita; allora si percepisce una sensazione come se la lingua fosse piena di piccole nocciuole. Più tardi quest'organo si gonfia o tutto o in parte, quindi facilmente vien morsicato dai denti, e in qualche caso protrude dalla bocca. C'è sovente un flusso costante e copioso di saliva, qualche volta difficoltà e dolore nell'inghiottire, nel parlare, fin anche nel respirare. Assai di rado sono affetti i ganglj sottomascellari; è questo

[1] Iconographie, Pl. XXXV., fig. 1 e 2.

un segno di diagnosi assai importante tra i tubercoli sifilitici e il cancro della lingua. Nei tubercoli sifilitici inoltre, ci sono per lo più diverse masse di indurimento che occupano a preferenza il dorso e la base della lingua; mentre nel cancro non ve n'è che uno, per lo più a un lato di quest'organo. La presenza o meno dei dolori lancinanti, e l'effetto della cura, pur essi ajuteranno a stabilire la diagnosi, la quale in certi casi può essere difficile, specialmente quando c'è già l'ulcerazione.

I tubercoli sifilitici si osservano anche sulle labbra, dove certe volte si credettero cancro epitelliare; però i tubercoli stanno per lo più a qualche distanza dal margine, mentre il cancro si manifesta tosto sul margine libero delle labbra in forma di verruca o di ulcera coperta da una crosta; è inoltre accompagnato da dolore lancinante.

Ricord descrisse un caso di due tubercoli sifilitici del volume di un pisello nella sostanza del glande, e dice d'averne osservati altri al collo dell'utero. [1]

CURA DELLE AFFEZIONI SIFILITICHE DELLA BOCCA E DELLA GOLA. — La cura di codeste affezioni è locale e generale. Quanto alla cura generale, rimanderò il lettore al capitolo dove si tratta della cura della sifilide generale. Per ora basta il dire, che le placche mucose, l'eritema, e le forme superficiali di ulcere, appartengono al periodo secondario di sifilide, e richiedono l'uso dei mercuriali secondo le regole che abbiamo indicate nell'apposito capitolo. I tubercoli e le ulcere gangrenose, devonsi curare esclusivamente coll'ioduro di potassio, colla dieta nutriente, coi tonici, almeno fino a che l'affezione locale abbia migliorato, e fino a che la salute generale, se dapprima era disturbata, sia tornata allo stato solito; allora si ricorre ancora ai mercuriali per sradicare la malattia. Non si dimentichi l'importanza del tartrato di ferro e di potassa a larghe dosi in tutti i casi di ulcere gangrenose. Meritano speciale raccomandazione nelle affezioni sifilitiche delle fauci, i bagni umidi di vapore mercuriale, fatti in modo che i vapori vengano inspirati.

[1] Iconographie, note al caso rappresentato nella Pl. XXXIV.

A motivo del grande incommodo, delle sofferenze, ed anche dei pericoli che ci sono in molte di queste affezioni della bocca e della gola, la cura locale è di somma importanza. Coll'applicazione del cilindro di nitrato d'argento, si facilita la cicatrizzazione delle placche mucose e delle ulcerazioni superficiali situate sulle labbra, o sulla superficie interna delle guance, o sulla lingua, o sulle fauci. Quando non riesce il nitrato d'argento e in quasi tutti i casi di ulcere sulle tonsille e sull'ugola incavate, cineree, si ricorre ai caustici più potenti, per esempio: l'acido nitrico o il nitrato acido di mercurio. Nel fare quest'ultime applicazioni, bisogna essere assai prudenti perchè l'acido non venga a contatto coi tessuti sani, e perchè non se ne inspirino i fumi; si eviteranno questi spiacevoli inconvenienti, avendo cura che lo stiletto d'osso di balena o il cilindro di cristallo che si adopera, non sia così bagnato da lasciar sgocciolare il fluido, e lasciando cessare i fumi prima di applicare il rimedio.

Quando c'è infiammazione grave e gonfiore delle fauci, si differisce l'applicazione dei caustici, e si combattono queste complicazioni coi catartici salini, col riposo, coi pediluvj senapizzati, colla dieta rigorosa, qualche volta colle sanguisughe all'angolo della mandibola. Io trovai che la migliore applicazione topica in queste circostanze, è una soluzione di tannino con glicerina, 3 grammi per 30 grammi, con dell'estratto d'oppio se il dolore è grave; la si applica con un pennello tre volte al giorno. Si favorisce il riposo con qualche sedativo, meglio d'ogni altro, le polveri del Dover.

Appena vinta l'infiammazione acuta, si possono impiegare con vantaggio diversi gargarismi astringenti e tonici. Uno dei migliori che io adopero comunemente, è la tintura non diluita di cimicifuga; bisogna che sia preparata colla radice recente, se no ha un effetto molto minore. Servono ancora benissimo le lavature e i gargarismi con soluzione di Labarraque, con clorato di potassa, con bicloruro di mercurio, e l'ossimiele di sottoacetato di rame.

Soluzione di cloruro di soda gr. 6-12.
Miele grammi 30.
Acqua grammi 150.
M.

Clorato di potassa grammi 5.
Infusione di semi di lino grammi 250.
M.

Bicloruro di mercurio centigrammi 30.
Acido cloridrico gocce 12.
Siroppo grammi 30.
Acqua grammi 250.
M.

Ossimiele di sottoacetato di rame grammi 60.
Acqua grammi 200.
M.

(Langston Parker.)

Ognuna di queste lavature si può adoperare tre o quattro volte al giorno.

Nelle ulcerazioni fetide e fagedeniche della gola è buonissima la seguente formola: —

Creosoto gocce 10.
Miele grammi 30.
Acqua grammi 200.
M.

In tutte le affezioni sifilitiche della bocca e della gola, il medico deve insistere perchè il paziente si astenga dall'uso del tabacco, che, come si vede in pratica, è la causa più comune della pertinacia di queste lesioni e delle loro recidive.

I tubercoli al di sotto della membrana mucosa del palato molle o delle pareti faringee, si aprono col coltello tosto che si riconosce la suppurazione; se l'ulcero risultante prende un aspetto gangrenoso si toccano con qualcuno dei caustici potenti. Cessata l'infiammazione acuta, Ricord fa uso comunemente di un gargarismo di 3 grammi di tintura composta di iodio, diluita in 180 grammi di acqua.

STRINGIMENTO SIFILITICO DELL'ESOFAGO. — La probabilità, se non l'assoluta certezza che ci potesse essere uno stringimento

dell'esofago dovuto alla sifilide, ci venne indicata per la prima volta da una bellissima memoria di J. F. West chirurgo al Queen's Hospital di Birmingham, e pubblicata nel *Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, febbrajo 1860.

Il soggetto del caso sul quale si fondano principalmente le osservazioni di West, era una fanciulla d'anni 21, ammalata da qualche anno con sintomi ben pronunciati di sifilide, quali sarebbero: eruzioni cutanee, ulcerazioni delle fauci color di cenere, dolori reumatici, cachessia sifilitica; entrò nel Queen's Hospital il 18 maggio 1858 per ristringimento dell'esofago. Curata coi tonici, coll'ioduro di potassio, e coi mercuriali, non s'ebbe che un momentaneo giovamento, e morì il 2 settembre dello stesso anno. All'esame cadaverico si trovò: — La parte superiore dell'esofago per circa quattro pollici assai dilatata, colla membrana mucosa inspessita e segnata con delle macchie che avevano l'aspetto di cicatrici recenti. A questo punto partendo dall'estremità superiore, si restringeva tosto terminando in uno stretto canale nel quale si poteva appena introdurre un catetere del N. 4. Questo restringimento, lungo circa due pollici e mezzo, era formato dallo spessore della membrana mucosa, e da un deposito fibroso in forma di strisce e di briglie, assai rassomigliante all'aspetto di un vecchio stringimento d'uretra. Al di là di questo punto, l'esofago continuava perfettamente sano fino allo stomaco. In ambidue i polmoni c'era deposito tubercolare a diversi gradi di rammollimento, qualche piccola cavità a ciascun lobo superiore, all'apice del sinistro una cavità che poteva contenere un uovo di piccione. —

West fa ancora le seguenti osservazioni: — La ragazza non aveva inghiottito nessun caustico, nessun fluido irritante, onde non potevamo a questo attribuire lo stringimento. Le numerose cicatrici recenti ci dicevano assai chiaro che c'erano state delle ulcerazioni sulle pareti dell'esofago. Il deposito nel tessuto sottomucoso era fibroso, era di natura esattamente simile a quello così ben descritto da Wilks [1] quale caratteristico dell'ulcerazione sifilitica, e non si poteva in nessun modo riferirlo nè alla degenerazione cancerosa, nè alla degenerazione tubercolare. —

[1] Vedi più innanzi a pag. 366.

West [1] riferì poscia un altro caso nel quale il reperto cadaverico era a questo assai somigliante; dice inoltre che Langston Parker osservò non è molto nella pratica privata, un caso di sifilide generale con vero stringimento dell'esofago.

Pare assai probabile che l'opinione di West sulla causa dello stringimento nei casi da lui osservati, sia abbastanza corretta, giacchè si può ammettere facilmente che l'ulcerazione sifilitica delle fauci possa estendersi all'esofago od anche determinarvisi come affezione primitiva. È però singolare come i pratici antecedenti si siano occupati sì poco di questo effetto della sifilide; ai nomi di autori che cita West tra quelli che non parlarono di quest'argomento, io aggiungerò quello di Yvaren, la cui opera sulle *Métamorphoses de la Syphilis* comprende pressochè tutte le forme oscure conosciute della sifilide. Follin [2] però, era d'opinione che qualcuno dei casi di stringimento dell'esofago che erano stati riferiti, fossero da attribuirsi alla sifilide, e Virchow osservò il restringimento della porzion superiore di questo tubo, nel reperto cadaverico di un soggetto sifilitico. [3]

Nel primo caso citato da West, si ricorse senza vantaggio all'ioduro di potassio ed alle fumigazioni mercuriali; nel secondo caso l'ioduro di potassio ebbe qualche buon effetto temporaneo. Probabilmente lo stringimento dipende dalla formazione della cicatrice e non dall'ulcera stessa, e perciò appunto forse non guarisce coi rimedj specifici, e non può migliorare palliativamente che colla dilatazione meccanica.

AFFEZIONI SIFILITICHE DELLO STOMACO E DEGLI INTESTINI. — Il disturbo funzionale degli organi digerenti, non è tra gli effetti più rari dell'infezione sifilitica, voglio dire la perdita, o il pervertimento, o lo sfrenato appetito, la nausea, il vomito, che accompagnano qualche volta l'esordire dei primi sintomi secondarj. [4] La cachessia generale che appartiene a un periodo più innoltrato di

[1] Dublin Quarterly Journal of Medical Science.

[2] Des Rétrecissements de l'Œsophage, Paris, 1853, p. 30.

[3] Sifilide costituzionale.

[4] Vedi pag. 293.

sifilide, essa pure può presentare dei disordini intestinali. Non pare però così sicuro che la sifilide determini sempre nello stomaco e negli intestini, quelle alterazioni organiche che si osservano nella bocca, nel retto, e in altri orifizj delle vie mucose.

Yvaren non potè raccogliere che quattro casi nei quali ci fosse qualche sembiante di legame diretto di causa ed effetto, tra la sifilide e le parti ora in quistione.

Il primo era un caso di dissenteria riferito da Bayle [1] con dettagli però troppo imperfetti, in modo che non si può trarre una conclusione sulla natura del caso stesso, ma che probabilmente era un'ulcerazione semplice del retto.

Il secondo, riferito da Baumés [2] era un caso di gastralgia, epatalgia, e ipocondria che durava da otto anni. I sintomi sifilitici antecedenti non erano che un ulcero e un bubbone non suppurante curati coi mercuriali. Si consigliò al paziente qualche fonte minerale e allora comparve un'eruzione sifilitica serpiginosa e cessarono gli altri sintomi sifilitici.

Il terzo caso riferito da Andral [3] era una donna d'anni 29 che aveva degli accessi quotidiani di vomito, i quali le impedivano di serbare i cibi nello stomaco, aveva dolore all'epigastrio, e nessun indizio di tumore o di malattia di fegato. Questi sintomi non si poterono frenare coi soliti rimedj adoperati in questi casi, onde nacque il sospetto di una malattia organica dello stomaco. La comparsa d'un'ulcerazione sifilitica sulle fauci, indicò l'amministrazione dei mercuriali, coi quali la malata guarì. Gli antecedenti di essa erano assai sospetti.

Il quarto caso riferito dallo stesso autore [4] presentava sintomi di gastrite cronica e di tisi polmonare scomparsa coll'uso delle unzioni mercuriali; trattavasi di persona senza dubbio affetta da sifilide.

Cullerier, [5] con successo in vero assai dubbio, tentò altresì di

[1] Sauvages, Médicine Méthodique, VIII, pag. 180.

[2] Précis des Maladies Vénériennes, T. I, pag. 372.

[3] Clinique Médicale, T. IV, p. 122.

[4] Op. cit. T. IV, p. 122.

[5] L'Union Médicale, 1844, num. 137. Virchow dice che l'affezione descritta da Cullerier è un'ulcerazione semplice dei follicoli intestinali. (Sifilide costituzionale).

stabilire una enterite terziaria dipendente da gomme del tessuto cellulare sottomucoso degli intestini, nei bambini affetti da sifilide costituzionale; egli crede che sia questa la causa della maggior parte delle morti dei bambini nati da genitori sifilitici.

Pillon [1] riferì un supposto caso di enterite secondaria in un adulto insieme ad eruzione di roseola sulla cute.

Nessuno di questi casi però è veramente conclusivo, quantunque siano sufficienti a far sì che il pratico possa tentare prudentemente l'effetto dei mercuriali, quando i rimedj soliti non giovano punto, nelle affezioni ostinate del canale intestinale di persone sifilitiche.

Affezioni sifilitiche delle vie nasali. — Secondo l'ordine di frequenza delle manifestazioni sifilitiche, dopo la cavità della bocca seguono forse le vie nasali; notando che le vie nasali non sono sì facili all' osservazione come quelle della bocca e che quindi passano sovente inavvertite. La membrana pituitaria può essere sede di eritema, di placche mucose, di ulcerazioni superficiali che ostruiscono le vie nasali e danno luogo ad una secrezione muco-purulenta e ad altri sintomi rassomiglianti a quelli di un catarro comune, dal quale differiscono per la loro maggiore persistenza e perchè se ne vanno coll'amministrazione dei mercuriali. Qualche volta si arriva a vedere un'ulcera precisamente dentro l'orifizio nasale, circondata da un certo gonfiore della membrana mucosa, con dolore alla pressione delle pinne nasali; dai profondi recessi dell'organo, si secernono a quando a quando dei grumi di muco inspessito mescolato a sangue e pus.

Nei periodi più innoltrati della diatesi sifilitica, si manifestano delle ulcere assai profonde, che hanno origine con dei tubercoli sviluppati al di sotto della membrana mucosa, e a poco a poco interessano le cartilagini e le ossa; oppure possono incominciare in questi ultimi tessuti affettando poi secondariamente la membrana pituitaria. La secchezza e l'ostruzione delle vie nasali, sono i primi sintomi dei quali si lamenta il paziente, ma tosto succede la sup-

[1] Gazette des Hôpitaux, 1857, num. 66.

purazione, cui si aggiunge una secrezione fetidissima di pus sanguinolento e di muco, poi croste dure e scure, frammenti di osso necrosato; la voce assume un timbro nasale; il senso dell'odorato si perde, il paziente respira principalmente, per non dire tutt'affatto, dalla bocca abitualmente aperta; la malattia è pertinace eccessivamente e alla fine lascia il naso piatto o senza il setto, per la parziale distruzione dell'osso e della cartilagine che lo sostenevano. Le altre parti delle ossa del naso si inspessiscono e diventano eburnee; non di rado si separano superiormente in guisa da formare un solco longitudinale lungo il dorso del naso. Secondo Virchow [1] questa tendenza all'eburnizzazione ed all'inspessimento del tessuto osseo, non si limita alla parte prima affetta, ma può estendersi alle ossa che formano la base del cranio.

Le prime affezioni sifilitiche delle vie nasali, cedono facilmente all'amministrazione interna dei mercuriali, e di rado si richiedono applicazioni topiche. Nelle affezioni terziarie dello stesso organo, si possono adoperare di frequente l'ioduro di potassio, i preparati di ferro, gli acidi minerali, l'olio di fegato di merluzzo, ed altri tonici o alternativamente o combinati, e per lungo tempo, onde conseguire una guarigione permanente di sintomi così incommodi.

La cura locale più efficace sta nelle fumigazioni mercuriali, che si possono amministrare mediante il solito bagno a vapori mercuriali, purchè le condizioni generali del paziente non siano troppo avvilite. Conviene meglio però far evaporare una quantità sufficiente di calomelano, di bisolfuro o di biossido di mercurio, su un piatto metallico scaldato da un lampada ad alcool, dirigendone i fumi nelle narici mediante un tubo di carta o d'altra sostanza che si crede meglio. Le injezioni d'acqua fagedenica, la soluzione allungata di cloruro di soda (una parte del cloruro in dodici o venti parti di acqua), e le soluzioni deboli di nitrato d'argento o di cloruro di zinco, fatte colla siringa a pioggia, sono pur esse assai giovevoli. Io adopero comunemente una soluzione satura di clorato di potassa.

[1] Sifilide Costituzionale.

AFFEZIONI SIFILITICHE DELLA LARINGE E DELLA TRACHEA. — Gli effetti della sifilide sulle vie aeree, appartengono principalmente ai periodi innoltrati di sifilide, e consistono nelle ulcerazioni della membrana mucosa, nell'infiammazione suppurante delle cartilagini.

AFONIA SIFILITICA. — Diday descrisse un'affezione singolare della laringe, indipendentemente da qualunque lesione d'importanza e compagna delle prime manifestazioni secondarie, cui esso diede il nome di *afonia sifilitica.* I sintomi di quest'affezione hanno un carattere così speciale, che non è comunemente avvertita fuor che nei cantanti; la pronuncia si mantiene chiara e distinta fino a che si tiene il tono dell'ordinario conversare, ma tosto che il paziente si prova ad emettere note più alte, gli manca. la voce e può appena emettere un suono avvertibile. Questa riduzione nell'estensione e flessibilità della voce, è il solo indizio della malattia. Non ci sono segni di corizza, nè di angina, nè di bronchite, non c'è tosse, nè dispnea, nè dolore, nè difficolta nell'inghiottire, nè movimento febbrile. Diday dice d'avere veduti venti casi, tutti nel primo periodo dopo lo sviluppo dell'ulcero; in cinque, dei quali tenne nota diligente, la media dell'intervallo fu di quattro mesi.

Lo scritto di Diday fu pubblicato prima che il laringoscopio diventasse d'uso comune, onde non ci potè dare una buona relazione sulla patologia di quest'affezione. Egli non opinava di ascrivere i sintomi alle placche mucose della laringe, perchè a quel tempo tali lesioni secondarie non erano state osservate più in là della faringe. Dicesi però che dopo d'allora Gerhardt e Roth [1] abbiano trovate delle placche mucose in otto su quarantatrè casi di primi sintomi di sifilide, ch'essi esaminarono col laringoscopio; assai probabilmente ciò spiegherebbe l'afonia descritta da Diday. [2]

[1] Archiv für Pathologisch Anatomie, 2 serie, vol I, parte 1. Citato nella Gaz. Hebdom. 9, agosto, 1861.

[2] Dalle osservazioni laringoscopiche di Lusco e dalle mie, io inclino a credere, che l'afonia sifilitica, come la chiamò il Diday, la quale si manifesta come uno dei sintomi consecutivi precoci, dipenda unicamente da uno stato congestivo della mucosa laringea, accompagnata da una leggierissima intumescenza, la quale da sola ci spiega benissimo il cambiamento

L'afonia sifilitica generalmente incomincia a migliorare al secondo o terzo giorno di cura mercuriale, e se ne va dentro una settimana. [1]

La laringite sifilitica a differenza dell'affezione di cui ora dicemmo, è sempre un tardo sintoma di sifilide: si manifesta diversi mesi e generalmente diversi anni dopo il contagio. Nella maggior parte dei casi è accompagnata da manifestazioni terziarie; e quand'anche isolata fu sempre preceduta da altri sintomi, e spesso da ulcere gangrenose delle fauci. [2]

del timbro della voce ed il suo affievolimento. I malati ne' quali erasi manifestata questa alterazione vocale e che io sottoposi all'esame laringoscopico, presentavano una injezione di colorito rosso più o men cupo alla mucosa che tappezza il faringe, l'epiglottide, le cartilagini del Santorini e del Wrisberg, il bordo superiore della parete posteriore della laringe; injezione la quale sembrava propagarsi a quella del laringe interno. Non ho mai osservato l'injezione laringea da sola, ma sempre accompagnata da quelle del faringe; per cui sembrami di poter ammettere, almeno per un gran numero di casi, che l'affezione laringea sia una diffusione di quella del faringe. Quest'alterazione della mucosa, accompagna molte volte le eruzioni sifilitiche alla cute, di successione precoce.

A. Ricordi.

[1] Gazette Médicale de Lyon, num. 2, 1860.

[2] Sebbene si possa ammettere che in alcuni malati ne' quali la malattia ha preso unicamente l'organo della fonazione, sieno preesistite forme precocissime e leggiere di sifilide, pure occorre di esaminare degli individui i quali non presentano sul corpo la menoma traccia di manifestazione celtica, e di più assicurano di non averne mai avuto, all'infuori della infezione, riportata tre, quattro, o più anni addietro: tutto si limita ai fenomeni di una laringite cronica perdurante da più o men tempo, e ribelle o quasi ai comuni mezzi antiflogistici, accompagnata da una injezione faringea più o men viva con sviluppo dei follicoli. La voce è affievolita di molto, o quasi estinta, il respiro è inceppato, ricorrono accessi di dispnea, l'espettorazione più o men copiosa tinta in giallo-verde, la laringe è sede di dolori ottusi, ecc. In simili casi l'esame laringoscopico è di grandissimo vantaggio, poi rileva le alterazioni laringee, che per lo più sono ulcerazioni accompagnate da ingrossamento delle corde vocali inferiori, o dall'edema della mucosa che le ricopre: lesioni che, per diagnosi esclusiva, si possono di leggieri attribuire all'avvelenamento celtico. La cura specifica termina poi come termine di contro prova, a cerziorare la diagnosi.

Io osservava sul principio di quest'anno due interessanti casi di laringite sifilitica, quasi d'assalto, perchè il più minuto esame non faceva conoscere la precedenza d'altri sintomi di sifilide, e gli ammalati stessi assicuravano di non aver mai avuto altro che la prima infezione locale ai genitali datante, l'una da otto anni, l'altra da cinque. Il primo, ma-

La malattia può consistere nell'ulcerazione della membrana mucosa, o nell'infiammazione del pericondrio che circonda le cartilagini laringee. Nel primo caso, può dipendere dall'estendersi di un'ulcera della faringe, o può aver avuto origine nella laringe; interessa non di rado la superficie interna dell'epiglottide e la maggior parte della membrana che tappezza la cavità laringea. Secondo Virchow [1] è sempre accompagnata da infiammazione del pericondrio lì vicino. Quest' ultima affezione però può stare da sè senza ulcerazione della membrana mucosa, e allora si forma un ascesso al di dentro del pericondrio che denuda e distrugge la cartilagine, come succede tra il periostio e l'osso nella periostite sifilitica. Come nel caso riprodotto da Ricord [2] la maggior parte della cartilagine può necrosarsi e separarsi in forma di sequestro. La membrana mucosa, ancorchè non ulcerata, è in genere più o meno edematosa. La presenza di un ascesso o di un deposito infiammatorio nella cavità laringea, spiega il maggior volume della

lato da un anno circa per sintomi di laringite, recidivante di frequente, era stato curato più volte e sempre con attivissimo metodo antiflogistico, in seguito al quale era andato peggiorando, era perfettamente afono; l'esame laringoscopico rilevava, oltre alla injezione cupa faringo-laringea, un ulcero della grandezza d'una lente alla connessura anteriore delle corde vocali inferiori, ed una imperfetta dilatazione della rima glottidea, che era alquanto irregolare ed edematosa, ciò che spiegava gli accessi di soffocazione che aveva l'infermo, specialmente nelle ore del mattino. *La presenza dell'ulcero* e la diagnosi per esclusione mi fecero certo trattarsi di infezione sifilitica: istituita la cura iodico-mercuriale, gli ritornò presto la voce, guarì l'ulcero glottideo, che era stato anche cauterizzato; insomma cessarono tutti i fenomeni morbosi inerenti alla lesione laringea. Il secondo accusava da poco tempo dei dolori fissi al laringe, parte destra, disfagia, senso di soffocazione ricorrente, tosse con escreato quasi purulento, ecc.; e non aveva avuto alcun vantaggio dal metodo antiflogistico ripetuto più volte. L'ammalato conservava ancora un'adenite indurita tipica all'inguine sinistro. L'esame laringoscopico rilevava che la mucosa faringea e laringea aveva un colorito cupo-rameico, e che le corde vocali inferiori erano tumefatte e poco dilatabili: esistevano varj follicoli ingrossati all'apertura superiore della laringe, sul bordo posteriore della quale trovavasi una piccola abrasione, e delle macchiette d'una tinta più cupa della mucosa. Anche questo ammalato è guarito bene, colla cura mercuriale e iodica.

A. Ricordi.

[1] La Sifilide Costituzionale.

[2] Iconographie, Pl. XXX.

gola che qualche volta si nota esternamente, la qual prominenza appare poi maggiore pel dimagramento del paziente.

Sul principio della malattia, la voce si fa rauca, la respirazione difficile; si prova un leggier dolore nella regione della laringe, e il paziente espettora una piccola quantità di materia purulenta commista con sangue, certe volte con piccole escare gangrenose; più tardi si perde affatto la voce o la si sente appena come quando si parla sottovoce; esaminata la laringe esternamente, la si vede di un volume maggiore; il paziente va dimagrando assai, e può anche sopraggiungere la morte per esaurimento o per asfissia. Questi sintomi non sono materialmente diversi da quelli della tisi laringea, anzi in certi casi riesce assai difficile una diagnosi differenziale. La tisi laringea è però sempre complicata da un deposito tubercolare nei polmoni, quindi l'ascoltazione ci farà decidere la natura dell'affezione, quand'anche non ci venga fatto di poterla desumere dalla storia del caso e dai sintomi concomitanti.

Wilks descrive così le alterazioni patologiche delle malattie sifilitiche della laringe e delle vie aeree: — Nell'affezione tubercolare di questi organi, non considerando la poca quantità di deposito scrofoloso avventizio, l'affezione è caratterizzata dall'ulcerazione estesa; nelle forme sifilitiche invece, il segno caratteristico è lo spessore e l'indurimento, che dipendono dalla formazione di tessuto fibroso. La difficoltà sta nel distinguere la forma sifilitica dalla semplice infiammazione; io però credo che la maggior parte delle *laringiti croniche* che si vedono siano sifilitiche, e ciò tanto più probabilmente quanto maggiore è la quantità di deposito fibroso presente. Nella sifilide costituzionale c'è una certa tendenza alla produzione di linfa, che poscia si può consolidare in tessuto fibroso coriaceo; questo lo vedete nei nodi periostei come nelle simili formazioni in altre parti; e così certe volte vi accadrà di non trovare altro nella laringe che una massa di tessuto fibroso sviluppatosi nella glottide, e che la chiude quasi; in altri casi oltre a questo spessore trovate l'inspessimento e la durezza anche della epiglottide; o tale condizione si estende più in giù della laringe fino alla trachea; o può essere indurito tutto l'organo e qualche volta anche il tessuto cellulare esterno colle piccole ghiandole linfatiche vicine, insieme complicate nel processo. Quando c'è un tale indurimento, di solito c'è anche un certo grado di distruzione delle

parti, e nella massima parte dei casi l'indurimento e il restringimento furono accompagnati dal processo ulcerativo; così l'interna superficie o ha perduto la sua mucosa, o presenta l'aspetto di una cicatrice. Quando l'ulcerazione è molta, l'interna superficie della laringe ha un aspetto irsuto o fioccoso, e certe volte l'ulcerazione continua sulla glottide con un'ulcera della faringe; in tal caso è dubbia la sede originale della malattia; ma siccome queste due parti possono ammalarsi indipendentemente l'una dall'altra, così è possibile che la malattia abbia progredito in ambedue nello stesso tempo. Come la laringe possono ammalarsi altre parti delle vie aeree, come vedete in questo esempio che vi dimostro, dove la parte inferiore della *trachea* è assai inspessita, e la superficie ulcerata; nella preparazione che vi mostro adesso, un *bronco* contratto che sorge da un'ulcera, la natura della malattia era chiara e il paziente morì di laringite sifilitica; la trachea fatta più stretta aveva la stessa origine. Come vi diceva più indietro, in alcuni casi di ulcerazione della trachea, gli anelli vengono denudati affatto come potete vedere in questi esempj; e se il malato guarisce certe volte anche si distaccano. — [1]

L'ulcerazione sifilitica della *trachea* che il Dottor Wilks descrisse sulle preparazioni del Guy's Hospital Museum, fu osservata in un certo numero di casi, in alcuni dei quali l'affezione si limitava alla trachea, in altri interessava anche la laringe. Virchow [2] cita il caso di Margherita Rudloff, che morì di stringimento della laringe per ulcerazione sifilitica; se ne trovarono le cicatrici nella trachea e nei bronchi con stringimento dei bronchi.

È un fatto interessante che lo stringimento delle vie nasali dipendente da *cicatrizzazione* di un'ulcera sifilitica, può dare la morte per dispnea, cosicchè i rimedj specifici possono in realtà affrettare un esito fatale mediante l'influenza loro benefica sulla malattia locale. Nell'*Annuaire de la Syphilis* del 1858, pag. 324, si leggono due casi simili assai interessanti.

Nel primo caso riferito da Moissenet, lo stringimento era situato precisamente al davanti della biforcazione della trachea. Colà la

[1] Pathological Anatomy, p. 204.

[2] Sifilide costituzionale.

membrana mucosa presentava l'aspetto di un favo e le cartilagini erano più o meno alterate nella loro struttura e distrutte; mancavano affatto quattro anelli che erano sostituiti da un tessuto flessibile; onde, oltre il diminuito calibro del tubo, le parti si rilasciavano ad ogni atto di inspirazione ed accrescevano la difficoltà all'ingresso dell'aria. Il paziente prendeva mercurio e ioduro di potassio, ma sempre con peggioramento dei sintomi. Si operò la tracheotomia senza vantaggio, poichè la laringe era sana e lo stringimento era al di sotto dell'apertura artificiale. Finì colla morte per asfissia.

Ecco in breve il secondo caso riferito da Demarquay: —

Il paziente d'anni 36 entrò in una *maison de santé* il 25 ottobre 1858, con tutti i sintomi di edema della glottide. Sembrava minacciato da soffocazione; aveva una respirazione stertorosa e dolorosa; aveva avuto tosse per due mesi con poca espettorazione; lo sputo rassomigliava a quello della tisi laringea; era dimagrato assai. Per quindici giorni ebbe sintomi assai gravi; i polmoni erano sani. Saputosi che il paziente aveva avute ulcere sul pene dodici anni prima, seguite dopo sei anni da ulcerazione e perforazione del palato molle, si prescrisse l'ioduro di potassio. Con tale trattamento migliorò durante un mese intero, ma al 25 novembre seguente ebbe d'un tratto un forte accesso di dispnea estrema, e tale che Demarquay trovò di ricorrere alla tracheotomia. Dall'operazione non si ebbe alcun vantaggio e il malato morì.

All'autopsia si trovò la laringe perfettamente sana, tranne una piccola cicatrice fra le due cartilagini aritenoidi; ma nella trachea c'era una contrazione assai pronunciata dicontro all' undicesimo anello, dove la circonferenza era di soli 28 millimetri. Tale stringimento comprendeva tutto il lato sinistro della trachea ed era formato da tessuto cicatriziale; sei anelli erano torti e fratturati. Al di sotto dello stringimento i bronchi erano dilatati, le fibre muscolari longitudinali di essi ipertrofiche. I polmoni erano sani e senza tubercoli. [1]

Anche i *bronchi* possono essere sede di ulcerazione sifilitica e quindi di stringimento.

[1] Bulletin de la Societé Anat. de Paris, 2. serie, T. II, pag. 484.

Nel caso di Margherita Rudloff riferito da Virchow, — il bronco destro era contratto alla sua biforcazione, e al di sopra di questo punto, la sezione colà presentava la forma di un triangolo; il diametro era di un quarto di un pollice, mentre quello del bronco sinistro era di mezzo pollice. Il bronco sinistro era maggiormente ristretto presso alla biforcazione, ma solo per la distanza di un quarto di pollice e aderente in questo punto all'esofago mediante l'interposizione di un tessuto spesso e tendineo. Il bronco destro era sede di inspessimento e di restringimento che si estendeva per breve tratto fra le due branche, le quali più in là avevano la superficie interna arrossata ed erano dilatati. Nel lobo inferiore del polmone si trovarono parecchie maggiori dilatazioni dei bronchi, il resto era sano; in questi punti i tubi polmonari erano pieni di muco e circondati da tessuto denso che si estendeva fino alla pleura. —

Da questo e da un altro caso del quale egli dà l'analisi, Virchow trae la conclusione che — possiamo ammettere l'esistenza di ulcerazioni sifilitiche e di stringimento dei bronchi, simili alle stesse lesioni della laringe, e dobbiamo concedere altresì che la bronchite sifilitica può dare origine alla polmonite cronica, nello stesso modo che le ulcerazioni laringee cagionano un esteso indurimento del tessuto cellulare del collo. Nella sifilide costituzionale ho veduto sovente delle cicatrici limitate, stellate, nella pleura, e i postumi della pleurisia, in conseguenza delle alterazioni or accennate. [1] —

Cura. — La prognosi delle ulcerazioni sifilitiche delle vie aeree è veramente sfavorevole. L'ioduro di potassio, i mercuriali, la buona dieta nutriente, i tonici, possono certe volte arrecare giovamento, certe altre riescono affatto inutili, oppure in qualche raro caso, come accennammo, non servono che ad affrettare un esito fatale, col produrre la cicatrizzazione dell'ulcero, quindi lo stringimento. Carmichael credeva che il passaggio dell'aria mantenesse il processo ulcerativo, e che quindi il miglior metodo di cura fosse la tracheo-

[1] Op. cit.

tomia fatta in sul principio della malattia. I chirurghi moderni non trovarono tuttavia di confermare questa opinione, e ricorrono a codeste operazioni solo nei casi di minaccia di soffocazione; ed anche allora, poichè lo stringimento può trovarsi al di sotto dell'apertura artificiale, se non per altra ragione, è assai dubbia la speranza di miglioramento.

CAPITOLO XI.

AFFEZIONI SIFILITICHE DEGLI OCCHI.

A costituire l'orbita ed i suoi contenuti concorrono molti tessuti, onde le affezioni sifilitiche di questa regione sono numerose; i confini di quest'opera non ci concedono una minuta descrizione d'ognuna di codeste affezioni, ond'io non farò che accennare qualcuna di esse, fermandomi specialmente su quelle altre che sono tra le più comuni e che quindi il pratico può incontrare più facilmente.

Affezioni delle ossa dell'orbita. — Ciascuna delle quattro pareti dell'osso ci può presentare i nodi sifilitici. Si osservano più di frequente in vicinanza all'apertura anteriore dell'orbita, ma possono darsi anche ad una maggiore o minore profondità nel cavo, e cagionare protusione del globo oculare e perdita della vista per compressione del nervo ottico. I seguenti casi vennero riferiti da Poland: [1] —

Caso 1. — Giovanni M — d'anni 41, uomo robusto e ben conformato, si presentò come paziente esterno a Moorfields, per un esteso ingrossamento dell'osso alla parte superiore dell'orbita, che comprimeva sul bulbo dell'occhio, in modo da spostarlo all'ingiù e all'avanti. La storia del caso, e le tracce presenti di antichi danni, indicarono tosto la natura del tumore.

Da quanto egli disse, s'ebbe un'inoculazione indubbiamente si-

[1] On Protrusion of the Eyeball, Ophthalmic Hospital Reports, vol. II, pag. 223.

filitica circa 10 anni prima, cui seguirono un ulcero duro e un bubbone non suppurante, poi sintomi secondarj di una forma piuttosto avanzata. Intraprese una cura mercuriale internamente e colle unzioni con vantaggio; da ultimo era guarito d'ogni sintoma, e da allora provò a quando a quando alcuni accessi di reumatismo, che guarirono coll'ioduro di potassio; più d'una volta ebbe nodi sulla tibia che guarirono coi vescicanti. Il presente tumore sull'osso frontale durava da circa sei settimane, e negli ultimi giorni era aumentato di volume assai rapidamente; era duro e fisso perfettamente, ma assai dolente, e sembrava estendersi verso l'orbita, invece di seguire la solita direzione sulla fronte; aveva già compresso il bulbo dell'occhio, spostandolo alquanto all'ingiù e all'avanti. Non c'era alcun sintomo cerebrale.

Gli si prescrissero internamente tre grani di ioduro di potassio tre volte al giorno, ed esternamente sul tumore un unguento di ioduro di potassio mattina e sera. Perseverando con questa cura per tre mesi, il tumore scomparve affatto.

Caso 2. — Il secondo caso era di una donna alta circa sei piedi e d'un immenso sviluppo osseo, la quale era una malata del Dottore Poland a Moorfields; aveva un grosso nodo che nasceva dalla parete interna dell'orbita; perfettamente solido al tatto; spingeva l'occhio all'esterno ed all'avanti, produceva tensione del nervo ottico, quindi perdita della vista, pupilla dilatata, fissa, immobilità completa dell'occhio. Poco dopo incominciarono gravi sintomi cerebrali e morì repentinamente in uno stato comatoso. Non si fece esame cadaverico.

Durante i sette anni ch'io passai all'ospedale ottalmico di Nuova York non mi venne fatto di osservare nessun caso di esoftalmo dipendente da questa causa.

Gli ossi dell'orbita, e più spesso l'osso frontale, possono esser sede di carie che ha origine da sifilide e che produce ascessi e seni delle palpebre.

Affezioni delle vie lagrimali. — La sifilide altera sovente anche le vie lagrimali, producendo impedimento al fluire delle la-

grime, epifora, ascessi e fistola lagrimale. Siccome queste vie non sono esposte alla diretta osservazione, non è sempre manifesta l'esatta natura dei cambiamenti che succedono nelle loro pareti. In pochi casi, la malattia pare si limiti alla membrana mucosa e al tessuto sottomucoso, e consiste nell'infiammazione catarrale, nell' edema e nell' ulcerazione conseguente; nella maggior parte dei casi però, incomincia nella parte ossea o nel periostio, e la membrana mucosa viene interessata secondariamente; alterazioni che corrispondono a quelle d'altre membrane mucose contigue al tessuto osseo. Il carattere dei sintomi sifilitici presenti, può dare qualche idea dei cambiamenti avvenuti nelle vie lagrimali, i quali cambiamenti però non si possono determinare accuratamente fuor che colla esplorazione.

I sintomi sono abbastanza ovvj. Le lagrime che incontrano un ostacolo al loro procedere nelle vie lagrimali, si raccolgono sulla superficie congiuntivale; se sono copiose, fluiscono sulla guancia specialmente quando il paziente trovasi esposto al vento; l'occhio malato allora è più umido dell'altro, onde il nome di *occhio acquoso* (watery eye) dato a questa malattia. Premendo sul sacco lagrimale si determina nell'occhio un reflusso della secrezione lagrimale mista a certa quantità di materia purulenta; oppure ciò succede anche spontaneamente; la congiuntiva, specialmente quella della palpebra inferiore e della porzione inferiore del globo, è sempre in uno stato di irritazione e di infiammazione, i punti lagrimali sono assai rossi, gonfj, prominenti. Nei casi estremi si forma un ascesso nel sacco lagrimale o nel tessuto cellulare intorno, che si apre e dà origine ad una o più fistole.

Col perseverare a lungo nell'uso dei rimedj specifici si può ottenere molto, ed anche la guarigione duratura delle ostruzioni delle vie lagrimali. Al New York Eye Infirmary dove questa malattia è assai comune, si adoperarono quasi esclusivamente per molti anni e con soddisfacenti risultati il bicloruro di mercurio e l'ioduro di potassio. Molti casi però non cedono ai soli rimedj interni, e in tutti poi si affretterà la guarigione mediante la cura locale migliorata, della quale la chirurgia ottalmica va debitrice a Bowman chirurgo del Moorfields Ophthalmic Hospital. [1]

[1] Vedi le Memorie di Bowman nel Medical and Chirurgical Transa-

La cura di Bowman consiste nello spaccare i canalicoli fino alla caruncola, e poi dilatare le vie al naso per mezzo di specilli graduati, come si farebbe con uno stringimento dell'uretra. La prima parte di questo processo basta sovente a dare un gran sollievo al paziente, aprendo una libera comunicazione tra la congiuntiva e il sacco, e coll'impedire che si raccolga della materia nel sacco, oppure facilitandone l'evacuazione. Spaccato l'uno od ambidue i canalicoli, si possono facilmente esplorare le vie nasali con uno specillo della grossezza del canale (del diametro circa di un ventesimo di pollice), onde assicurarsi della natura dell'ostruzione. Se questa dipende dal gonfiore della membrana mucosa e dei tessuti sottomucosi, si riescirà quasi sempre a ristabilire il lume del canale, mediante l'introduzione di uno specillo ripetuta ogni due o tre giorni e continuando per qualche settimana, lasciando dentro lo specillo ogni volta per circa mezz'ora. Ma quando si sente l'osso denudato, il che vuol dire che la malattia è situata nel periostio o nei tessuti ossei, il metodo di Bowman non riesce che rarissime volte, e bisogna ricorrere o all'obliterazione del sacco e dei canalicoli (i quali devono sempre essere compresi) mediante il cauterio attuale, od aspettare la lenta eliminazione delle parti d'osso necrosato coll'interna amministrazione dell'ioduro di potassio. L'antico sistema è ormai affatto abbandonato a Moorfields e al New York Eye Infirmary. Il pericolo e gli inconvenienti che ha con sè, non sono compensati dal vantaggio che ne può derivare.

Affezioni sifilitiche delle palpebre. — Possono essere o primitive o secondarie. Tutte le ulcere veneree da contagio diretto che si osservarono sulle palpebre erano sifilitiche. L'indurimento della base della piaga è assai pronunziato e persistente, e il bubbone indurito che vi si accompagna è situato nel ganglio davanti all'occhio. Nel capitolo sull'ulcero ho riferito un caso consimile osservato al New York Eye Infirmary.

La superficie esterna delle palpebre, come altre parti dei co-

ctions, 1851, e nell'Ophthalmic Hospital Report, ottobre, 1857, come pure: Remarks on Diseases of the Lacrymal Passages, dell'autore del rendiconto del New York Eye Infirmary, New York Journal of Medicine, luglio, 1859.

muni integumenti, possono essere sede di varie eruzioni sifilitiche. Le ulceri secondarie sono quasi sempre situate presso al margine libero occupando la membrana mucosa o la cute, e certe volte, come in molti casi riferiti da Mackenzie, [1] distruggendo completamente la palpebra. Io non ne ho veduto che un sol caso in una fanciulla di 19 anni, affetta da malattia sifilitica delle vie lagrimali e da nodi sulla tibia; essa aveva anche diverse piccole ulcere incavate sulla membrana mucosa della palpebra inferiore verso il margine libero. Si potè tracciare la storia della sua malattia fino ad un ulcero contratto tre anni prima, e guarito coll'uso dell'ioduro di potassio e dei mercuriali. Codeste ulcerazioni si confondono facilmente coll'ottalmia del tarso, col cancro epiteliale, oppure quando si trovano al canto interno, con qualche affezione delle vie lagrimali.

Le eruzioni sifilitiche delle palpebre sono più frequenti nei bambini affetti da sifilide ereditaria. La superficie esterna delle palpebre, è la sede di una eruzione di pustule che si confondono l'una nell'altra, si rompono e lasciano la cute escoriata e rossa. [2] L'infiammazione può estendersi ed interessare anche la congiuntiva della palpebra e del bulbo, e distruggere la cornea per infiltramento di pus. Si distingue quest'affezione dall'ottalmia dei neonati, perchè questa di cui parliamo si sviluppa più tardi, parecchie settimane dalla nascita, mentre l'altra si sviluppa circa al terzo giorno, e per l'eruzione che si nota sulla superficie esterna delle palpebre, alla quale la congiuntivite è solo secondaria.

Affezioni della congiuntiva. — Se facciamo eccezione per le ulcerazioni dei margini delle palpebre già descritte, perchè certe volte occupano parte della membrana mucosa interna, è assai raro che la congiuntiva sia sede di manifestazioni sifilitiche.

I bambini affetti da sifilide ereditaria, vanno infatti più di spesso degli altri soggetti all'ottalmia dei neonati, alla quale hanno una particolare tendenza per la loro condizione cachettica, o perchè

[1] Diseases of the Eye, pag. 160.

[2] Riprodotta da Devergie, Clinique de la Maladie Syphilitique, Pl. 37.

sovente le loro madri sifilitiche hanno delle secrezioni vaginali particolari; però non c'è alcun nesso diretto tra la loro lue ereditaria e l'infiammazione purulenta della congiuntiva, la quale di solito si manifesta prima che si sviluppino altri sintomi.

Le placche mucose, così comuni sulle altre membrane mucose, non si incontrano mai sulla congiuntiva; secondo Desmarres [1] però, questa membrana certe volte è sede di tubercoli sifilitici accompagnati da una simile eruzione sulla cute. Questo autore riferisce il caso di un paziente affetto da irite sifilitica, nel qual caso uno dei così detti condilomi dell'iride, situato vicino al margine esterno dell'iride stessa, penetrò nella sclerotica, formò una protuberanza al di sotto della congiuntiva, irta peraltro dappertutto per alcuni piccoli tumori indolenti, duri, oblunghi, esattamente simili ad una eruzione di tubercoli sifilitici su diverse parti dei comuni integumenti. Colla cura mercuriale la malattia scomparve.

Smee [2] e France [3] osservarono delle *pustole* sulla congiuntiva insieme ad eruzioni sifilitiche della cute, che scomparirono colla cura mercuriale. Ecco con quali parole le descrive il France: — Questa sorta di malattia si presenta coll'aspetto di uno scolorimento limitato e ben definito della membrana mucosa del globo: l'area affetta è leggiermente più densa e sollevata, non però gran che più vascolare dell'altra superficie che sta intorno. Pare che non ci sia alcuna tendenza all'ulcerazione, come quando il margine della palpebra è affetta da sifilide; non c'è dolore nè secrezione morbosa. — France ne osservò due casi e li riprodusse in una tavola, Smee ne osservò un solo.

AFFEZIONI DELLA CORNEA. — Jonathan Hutchinson [4] dopo lunga serie di osservazioni assai diligenti, manifestò l'opinione che, l'infiammazione particolare della cornea che si osserva per lo più tra i cinque e i venti anni, conosciuta col nome di *corneite*

[1] Traité des Maladies des Yeux, T. II, pag. 216.
[2] London Medical Gaz., 1844, p. 347-8.
[3] Guys Hosp. Rep., 3. serie, vol. VII.
[4] Ophthalmic Hosp. Rep., vol. I, pag. 229.

scrofolosa, [1] dipende sempre da sifilide ereditaria. Nello svolgere questo argomento, Hutchinson diede molta importanza a certe particolarità di forma, di grandezza, e di colore dei denti incisivi permanenti, quali elementi diagnostici di lue sifilitica ereditaria; egli dice che queste particolarità sono sempre presenti in ogni cheratite scrofolosa.

Nel fare la descrizione di questa affezione, Hutchinson dice: — Gli altri denti e specialmente i canini ci presentano delle particolarità che servono di elementi diagnostici della sifilide ereditaria; ma *gli incisivi centrali superiori sono veramente i denti di prova.*

Fig. 34.

I denti convergono l'uno verso l'altro, sono assai brevi, hanno un solco o crepatura verticale ai margini liberi, sono assai ravvicinati ai loro margini inferiori molto più che non verso il collo del dente.

Dapprima questi denti sono brevi, assai ravvicinati ai loro margini ed assai sottili. Dopo un certo tempo si rompe via dal loro margine una porzione d'avorio a guisa di mezza luna, lasciando una solcatura larga, poco profonda, verticale, che resta per qualche anno e che generalmente si appiana tra i venti e i trent'anni pel

Fig. 35

consumarsi prematuro del dente. I due denti spesso convergono fra di loro, qualche volta stanno l'uno scostato dall'altro. In certi casi nei quali il solco o manca affatto od è assai poco segnato, c'è an-

[1] Il nome *cheratite* è assai preferibile a quello di *corneite.*

che un colore particolare (— una tinta bruno sporca rassomigliante a quella delle feci — [1]), e una certa qual forma quadrata, in modo che vengono tosto ravvisati da un occhio pratico. — [2] La prima dentizione non presenta questo vizio di conformazione. Diday [3] riferisce un solo caso in conferma alle osservazioni di Hutchinson sulla corneite scrofolosa e sulla solcatura dei denti, sintomatici di sifilide ereditaria.

Fin dalla prima edizione di quest'opera, io andai mano mano esaminando diligentemente i sintomi e le storie dei numerosi casi di cheratite interstiziale che mi veniva fatto di osservare al New York Eye Infirmary; e diffatti m'accadde molte e molte volte di vedere confermate le idee di Hutchinson quanto alla deformità dei denti, unitamente ad una distinta lue sifilitica ereditata dai genitori, onde io posso fare testimonianza della verità in genere, e della molta importanza delle sue osservazioni, quantunque non sia inclinato a dire che la cheratite interstiziale dipenda sempre da sifilide congenita. In alcuni casi non arrivai a persuadermi che i genitori erano stati affetti da questa malattia; ma ognuno sa quanto siano difficili queste ricerche, e quanto facilmente ci sfugga la verità.

Posso confermare pienamente quanto dice Hutchinson, che la cura più efficace di codesta malattia, nella maggior parte dei casi, si ottiene coi mercuriali e coll'ioduro di potassio, favoriti dalla dieta nutriente, dall'aria buona, dai tonici.

Irite sifilitica. — Siccome l'irite sifilitica mette a repentaglio uno degli organi più importanti dell'organismo umano, è necessario che lo studente la conosca assai bene e che la sappia curare a dovere. Credo che sarà meglio il dare una concisa descrizione dei sintomi di questa affezione e dei caratteri principali sui quali si fonda la diagnosi, omettendo tutti quei minuti particolari che interessano specialmente l'ottalmologo, e che facilmente possono con-

[1] Hutchinson, on the Means of Recognizing the Subjects of Inherited Syphilis in Adult Life, Medical Times and Gaz., Set. 11, 1858, p. 265.

[2] Ophthalmic Hosp. Rep., vol. II, p. 96.

[3] Gaz. Hebdom., feb. 4, 1860.

fondere la mente di chi non è in particolar modo versato nello studio dell'ottalmologia.

Comincio a premettere che non abbiamo dati sicuri coi quali distinguere l'irite sifilitica da quella che dipende da ferita, da reumatismo, o da altre cause; sonvi però certi sintomi che or descriveremo, la presenza dei quali ci indica la probabile origine sifilitica. Più, la maggior parte dei casi di irite dipendono certamente da lue sifilitica, [1] onde bisogna sempre sospettare che ci sia codesta malattia; il medico adunque dovrà avere tutta la diligenza, esaminando il malato sullo stato presente e sul passato.

Si ammettono due forme di irite.

La prima, che è la più comune e quella che merita maggiormente la nostra attenzione, devesi mettere tra i sintomi secondarj di sifilide. Quantunque non possa dare alcuna statistica dietro la quale determinare con precisione l'epoca dello sviluppo, pure mi colpì spesso il fatto che, quando non s'è preso mercurio, questa irite si manifesta dal quarto al quinto mese dopo il contagio. In molti casi, l'irite fu il primo sintomo generale che spinse i malati a chiedere il soccorso del medico; però le ricerche diligenti riuscirono sempre a dimostrare, che l'irite era stata preceduta da altri sintomi ritenuti allora come di nessuna importanza, quali sarebbero: alopecia, ingorgo dei ganglj cervicali, placche mucose, eritema, o papule.

I sintomi principali di questa malattia sono i seguenti:

Aspetto rosso dell'occhio per injezione dei vasi della congiuntiva e della sclerotica. Però il rossore insolito si osserva anche nella congiuntivite semplice; or come si distingueranno l'una dall'altra?

Innanzi tutto abbassando la palpebra inferiore e nel tempo stesso facendo dirigere l'occhio del paziente all'insù, in modo che resti allo scoperto la ripiegatura palpebrale inferiore. Nella maggior parte dei casi di congiuntivite, il maggior grado di injezione si vede essere lontano dalla cornea; nell'irite succede il contrario; il rossore è quasi tutto limitato a un circolo intorno alla cornea chia-

[1] Il mio amico HENRY D. NOYES medico all'Infirmary, mi dice che, secondo le statistiche raccolte e riferite dal prof. Graefe nelle sue lezioni, circa il settanta per cento di tutti i casi di irite appartengono ad individui affetti da sifilide.

mato *zona sclerotidea,* le parti più lontane del bianco dell'occhio restano chiare. Se la congestione dell'occhio dipende dall'imprudente applicazione di cataplasmi o d'altro, questa differenza sarà minore o nulla. Si osservi inoltre il carattere dell'injezione; alcuni vasi congiuntivali sono distesi, hanno un colore rosso mattone, un grosso calibro, un decorso tortuoso (specialmente sui muscoli retti), e sono mobili, in particolar modo se si fa scorrere la congiuntiva sulla sclerotica scorrendo leggiermente col dito sull'esterno della palpebra; al di sotto di questi vasi rosso mattone, esaminando diligentemente, se ne vede un secondo strato costituito da altri vasi raggiati dal margine della cornea, più sottili dei precedenti, dritti, color roseo, e che rimangono fissi ,al di sotto delle maglie della rete scorrevole dei vasi congiuntivali. Sono questi i vasi che costituiscono la zona sclerotidea, che si nota non solo nell'irite, ma anche in altre infiammazioni interne dell'occhio.

Or si osservi lo stato dell'iride e della pupilla, paragonandolo a quello dell'altro occhio sano. L'iride ammalata ha perduto il suo solito splendore; non si distingue più la fina tessitura di questa membrana; la superficie si copre di un sottile strato di fibrina, il colore è cambiato. Le iridi azzurre diventano giallo-verdognole; in qualche altra il cambiamento è meno pronunziato, ma lo si avverte quasi sempre. Chiudendo gli occhi col pollice di ciascuna mano, appoggiando le altre dita sulle tempia, ed aprendo or l'uno or l'altro occhio alternativamente, si vede che l'iride dell'occhio affetto è assai lenta ne' suoi moti od è affatto immobile.

Più tardi, incominciano a manifestarsi sulla superficie dell'iride delle piccole eminenze giallognole o brunastre, quasi sempre all'anello interno presso il margine della pupilla. Questi così detti *tubercoli,* a poco a poco diventano più grossi, certe volte si organizzano e si coprono di una rete di vasi. Quando sono situati presso al margine esterno dell'iride, possono essere causa di projezione della cornea o della sclerotica. Graefe dice che sono composti di essudato fibrinoso, di sostanza amorfa granulare, e di corpuscoli di pus. [1] Virchow [2] crede che dipendano da un deposito di

[1] Note alle Lezioni di Graefe, delle quali vado debitore al Dottore Henry D. Noyes.

[2] Sifilide costituzionale.

tubercolo sifilitico nella sostanza dell'iride, ma tale opinione ha bisogno d'essere convalidata da altre prove. Si osservano più di frequente nelle iriti sifilitiche che in quelle d'altra origine; [1] la loro presenza è segno assai probabile, per non dire assolutamente certo, di lue sifilitica.

In principio della malattia la pupilla diventa fosca, è meno chiara e brillante del consueto, per i cambiamenti che incominciano nella capsula anteriore della lente; certe volte può anche essere irregolare. Questa irregolarità di contorno che dipende dalle aderenze che si contraggono tra i suoi margini e la capsula della lente, o dall'essudato che si deposita nella sostanza stessa, si fa più distinta col progredire della malattia, e diventa poi molto pronunziata se si dilata la pupilla mediante la belladonna o l'atropina; allora si vede che i margini sono frastagliati, e questo perchè in alcuni punti sono adesi e in altri no. In certi casi le adesioni si fanno continue per tutta la circonferenza, e la capsula della lente si copre di uno strato di linfa che chiude completamente la pupilla.

Quando l'irite sifilitica vien curata presto e con successo, l'iride riassume la sua mobilità e il suo colore consueto, e l'occhio ritorna integro come prima. Nei soggetti indeboliti e cachettici, e quando non si faccia una debita cura, si determinano dei cambiamenti più o meno duraturi. I tubercoli vengono riassorbiti, ma l'iride non acquista più il suo colore, la sua consistenza originale; diventa più sottile e friabile, e le aderenze di essa colla capsula impediscono sempre i movimenti della pupilla, a meno che non vengano stirate o rotte, usando costantemente dei midriatici. In via generale, il dolore e la fotofobia nell'irite sifilitica, sono minori che nelle altre forme di irite. Il paziente non si lagna che di un senso di pienezza e di malessere dell'occhio e aborre la luce viva. In altri casi, accusa dolore nel bulbo dell'occhio e nelle regioni temporale e sopra orbitale, e il più debole raggio di luce desta dolori intensi; le varietà tra questi due estremi sono numerose. C'è quasi sempre qualche oscuramento di vista che dipende non solo da cambiamenti che si determinano nella capsula della lente, ma anche

[1] Di sessanta casi di irite sifilitica raccolti da Graefe, solo in due non ci furono prove di lue sifilitica. (Note alle Lezioni di Graefe).

da quelli dei tessuti profondi dell'occhio, che sono sempre interessati or più or meno.

Qualunque persona dell'arte può riconoscere facilmente l'irite perchè si presenta con sintomi assai distinti; eppure qualunque oftalmologo si ricorderà d'aver veduti non rari casi di irite, che per ignoranza o per trascuranza furono presi per una semplice congiuntivite e trattati quindi solamente con collirj di nitrato d'argento, di solfato di zinco, ecc. Vi sono però anche dei casi nei quali per un giorno o due, qualunque oculista non può fare la diagnosi. Ciò accade per lo più in principio di malattia, prima che sia avvenuto alcun cambiamento pronunziato nell'iride, e specialmente quando si venne a destare congestione nei vasi oculari coll'applicazione di cataplasmi. La vista alterata ci ajuterà assai nel determinare la diagnosi, che verrà poi decisa instillando una goccia di soluzione di atropina, con che, se è il caso di irite, si renderà manifesta l'irregolarità della pupilla.

Ebbi già a notare che la diagnosi dell'irite sifilitica, quantunque in un dato caso la si ritenga assai probabile per la mancanza di grave dolore e di fotofobia, e per i tubercoli sull'iride, pure non può dirsi decisa fino a che non si aggiungano i risultati della storia del caso, o quando non ci siano presenti dei sintomi certi di sifilide. Aggiungerò anche che, quando ci fosse un'eruzione generale sul corpo, allora si può quasi assicurare che la coesistente irite sia di origine sifilitica; poichè questa malattia, quando dipende da altra causa, di rado assai è complicata da affezioni cutanee. Quando un pratico vien chiamato a vedere un caso di irite, quasi per istinto esamina le braccia, il petto e l'addome, in cerca di una traccia di qualche sifiloderma; esamina la gola se vi sono placche mucose, esamina il collo se vi sono ganglj ingorgati. Come disse Carmichael, l'eruzione che si accompagna all'irite sifilitica è quasi sempre papulosa.

La seconda forma di irite che accennai, si osserva tra i sintomi di sifilide terziaria, e si distingue dall'altra specialmente pel modo insidioso col quale si determina, e per la maggiore persistenza. Quasi sempre mancano completamente e dolore e fotofobia; l'iride si infiltra e si copre di linfa, si fa gonfia, ed offre un aspetto particolare come di velluto; si formano molte aderenze tra il margine pupillare e la capsula della lente; e la pupilla diventata irregolare

si ottura per effusione di linfa, sulla quale si notano qualche volta dei piccoli depositi neri di uvea. Generalmente s'ammalano così ambidue gli occhi successivamente; la malattia è assai persistente, e assai grave il pericolo di perdere affatto la vista per l'otturamento della pupilla. I tessuti profondi dell'occhio sembrano interessati per una minore estensione di quella che non sia nella forma acuta.

Tra le mediche assurdità che ebbero pure il loro giorno di vita, s'ha a ricordare l'idea che il mercurio potesse diventare origine di irite; malattia che si nota sovente anche quando non s'è dato alcun specifico, e che non si può guidare meglio che coll'uso giudizioso dei mercuriali. Il chirurgo infatti trova di rado migliori opportunità per verificare un effetto più manifesto della cura, quale si vede quì nell'assorbimento della linfa, nel dissiparsi dell'injezione insolita, e nel ritornare che fanno le condizioni dell'iride allo stato originale, quando si amministra mercurio nell'irite sifilitica acuta. È inutile il dire che un agente terapeutico dal quale si hanno effetti sì buoni, può anche dare effetti assai tristi, ma io intendo parlare dell'uso di esso e non dell'abuso.

Il piano di cura della irite sifilitica acuta che io trovai quasi sempre corrispondere benissimo, ha per oggetto: —

1. Di ridurre l'organismo sotto l'influenza del mercurio, più presto che sia possibile, senza danneggiare la salute, senza indurre salivazione.

2. Di combinare i tonici coi mercuriali, trattandosi di un organismo indebolito, oppure di adoperare i tonici insieme all'ioduro di potassio invece dei mercuriali.

3. Di mantenere la pupilla costantemente dilatata mediante l'atropina, onde impedire le aderenze dell'iride alla capsula della lente.

4. Di alleviare il dolore e regolare l'andamento igienico generale del caso.

Considereremo ciascuna di queste indicazioni, ma brevemente, poichè alcune di esse furono già svolte quando si parlò della cura generale della sifilide.

Pei soggetti robusti, non c'è miglior preparato di mercurio delle pillole ordinarie di calomelano e di oppio (5 centigrammi del primo e 2 o 3 del secondo), tre volte al giorno, un'ora dopo il cibo. Quando l'organismo è abbattuto, si unisce un tonico al mercuriale;

le formole seguenti sono usitatissime al New York Eye Infirmary, dove i pazienti per lo più sono della classe povera, e che menano quindi una vita in cattive condizioni igieniche.

Mercurio con creta centigrammi 10.
Solfato di chinino centigrammi 5.
M. fa una polvere.

Mercurio con creta centigrammi 10.
Solfato di chinino centigrammi 5
Polvere del Dover centigrammi 15.
M. fa una polvere.

Si preferisce quest' ultima formola che contiene la polvere del Dover quando c'è molto dolore. Quanto al numero di queste polveri da darsi in una giornata, bisogna regolarsi a seconda delle forze e dello stato del paziente. Nelle circostanze ordinarie se ne possono dare tre al giorno; oppure, quando l'organismo è molto abbattuto, una la mattina ed una la sera, con un grano o due di chinino lungo il giorno; unito così al chinino, il mercurio si può dare in pressochè tutti i casi di codesta malattia. È bene prolungare l'uso di tal rimedio fino a che se ne manifesta l'azione in bocca, non però fino alla salivazione. Appena sono leggiermente affette le gengive, si sospende l'amministrazione del mercuriale, e si ricorre al clorato di potassa, continuando nel medesimo tempo a dare il tonico.

Mentre il paziente sta prendendo mercurio per un occhio malato, alcune volte s'ammala anche l'altro, e in qualche raro caso, anche durante il ptialismo; precisamente come quando vien fuori una nuova eruzione mentre si sta facendo la cura per una antecedente.

Qui bisogna osservare che questo modo di adoperare il mercurio insieme al chinino, come si usa da molti anni al New York Eye Infimary, è affatto diverso dall'uso esclusivo di questo minerale, raccomandato da qualche autore. Sarebbe fuor di posto in questa opera, il trattare dei meriti comparativi dei due metodi, ond'io debbo accontentarmi di manifestare tutta la mia preferenza per quelle proposte qui; solo aggiungo che, anche per l'irite come per le altre forme di manifestazioni sifilitiche, l'amministrazione del

mercurio senza riguardo allo stato del paziente, può fare altrettanto male quanto bene.

Il mio amico Dottore Enrico W. Williams di Boston, riferì sessantaquattro casi di irite dipendenti da varie cause, onde dimostrare che questa malattia si può benissimo curare senza mercurio e con buon successo, mediante il chinino, l'ioduro di potassio, i narcotici e i midriatici. Parmi che non ci siano buone ragioni per lasciare da parte un agente terapeutico sì importante qual'è il mercurio, purchè non se ne abusi. In un gran numero di casi di irite, curati da' miei colleghi e da me stesso all'Infirmary, non ho mai veduto alcun effetto spiacevole sulla salute in generale; ripetute prove del metodo di Williams fatte dal Dottore C. R. Agnew e da me stesso, ci convinsero entrambi che i risultati sono meno soddisfacenti di quando si adopera mercurio. Si ebbero due casi di alterata visione permanente, il che noi crediamo, a buon diritto, si sarebbe potuto impedire coll'uso del mercurio; in tutti, la malattia perdurava molto di più.

Nella cura dell'irite, è di prima importanza il mantenere la pupilla costantemente dilatata, onde allontanare l'iride più che si può dalla superficie convessa della lente, ed impedire le aderenze e l'otturamento della pupilla per la linfa essudata. A questo scopo le instillazioni di soluzione di atropina giovano meglio dell'estratto di belladonna steso sul sopracciglio. Oltre al dilatare la pupilla, l'atrofina è un buonissimo sedativo, combinazione assai rara in uno stesso rimedio. Io adopero comunemente questa formola: dieci centigrammi di solfato d'atrofina sciolti in qualche goccia d'acido solforico diluito, in trenta grammi d'acqua distillata. Questa soluzione si applica con tutta facilità all'angolo interno dell'occhio mediante un pennello; non volendo adoperare il pennello si fa rovesciare indietro la testa al paziente, e si lascia cadere qualche goccia della soluzione nella piccola concavità tra l'angolo interno e il naso; una parte del liquido penetra fra le palpebre. Se si ha la fortuna di curare l'occhio malato fin dal principio, prima che l'infiltramento della linfa impedisca i moti dell'iride, basterà instillare qualche goccia di soluzione due o tre volte al giorno. Nel periodo acuto dell'irite, alcuni autori vorrebbero lasciar da parte affatto l'atropina e la belladonna, le quali secondo loro, hanno pochissimo effetto sulla pupilla, quando s'è

già determinata l'effusione di linfa, ed anzi possono — irritare e stiracchiare l'iride, cagionando dolore.[1] — La mia esperienza mi suggerisce che questi timori non hanno fondamento. Io credo che l'atropina, invece di aggravare, giovi assai ad alleviare e dolore e irritazione, e quantunque l'azione immediata di essa sulla pupilla non sia percettibile, pure a poco a poco stiracchia, o rompe le aderenze già formate, ed ajuta così l'iride a riprendere la sua dilatabilità; onde io ho l'abitudine di aumentare sempre il numero delle instillazioni durante il periodo acuto, fino a tre ed anche a quattro volte nella giornata. Bisogna però aver cura che l'atropina, sfuggendo dalle vie lagrimali o nasali nella faringe, non abbia a produrre più i suoi effetti fisiologici sull'organismo.

Non si richiede mai il salasso nell'irite sifilitica; solo in qualche raro caso e trattandosi di soggetti robusti, si può ricorrere alla deplezione locale, sia con sanguisughe, sia con coppette incise. Passato lo stadio acuto si cerca di ottenere una contro-irritazione bagnando il sopracciglio con forte tintura d'iodio.

Importa assai che il paziente possa dormire tranquillamente, al quale scopo si prescriveranno circa 50 centigrammi di polvere del Dover andando a letto, ripetendoli ancora se è necessario. Però si riesce quasi sempre ad alleviare il dolore e così a non disturbare il sonno, applicando al sopracciglio quando il malato va a letto, un unguento di 30 grammi di unguento mercuriale e 5 grammi di polvere d'oppio.

Anche qui come in pressochè tutte le affezioni dell'occhio, il chirurgo deve combattere coi pregiudizj del popolo assai radicati, contro i cataplasmi di pane e latte, di foglie di the, foglie di malva, di lumache, di carne di porco, *et id genus omne*. Non solo si devono rigettare questi vili topici, ma ancora non bisogna coprire l'occhio nè con fazzoletti, nè con fasciature d'altra sorta. Per la donna, la miglior difesa contro la luce è il velo; per gli uomini, un diaframma di cartone o di qualcosa di simile.

Incontrandosi con un tempo perverso, o in casi di irite d'una gravezza non comune, il paziente deve stare in casa ed anche nella

[1] Critchett, Lectures on Diseases of the Eye, London Lancet, ediz. am. marzo, 1855, pag. 216.

camera, ombreggiata ma non all'oscuro. Spesso però quando il tempo è bello, è bene che il paziente passi una parte del giorno fuor di casa, o sul mattino o sulla sera se non può tollerare la luce, ma cogli occhi difesi come ho detto. Confinando il malato in una camera oscura, non si fa che accrescere la fotofobia e l'irritabilità dell'occhio.

La dieta va regolata a seconda delle condizioni generali del paziente. I soggetti robusti si prenderanno solo una piccola quantità di cibi leggieri; i cachettici hanno bisogno di un buon nutrimento, e certe volte anche di cibi stimolanti. Non si trascuri però la dovuta attenzione agli organi digerenti, e si faccia in modo di avere giornalmente scarico l'alvo.

TAVOLA DI VENTUN CASI DI

N.°	NOME, OSPEDALE, AUTORE, ecc.	ETA'	STORIA DEL PAZIENTE	TEMPO trascorso dalla probabile sifilide dei genitori alla nascita del bambino
1	Giovanna M.; Mr. Lawrence.	16 mesi.	La madre contrasse sifilide tre mesi prima di essere obbligata a letto.	3 mesi.
2	Non si dice il sesso; Maunsell ed Evanson.	11 mesi.	Il padre aveva a quel tempo una sifilide tubercolare.	
3	Un bambino; Dr. Jacob.	Pochi mesi.	Nessun particolare.	Nessun particolare.
4	Maria O.; Mr. Walker.	5 mesi.	Idem.	Idem.
5	Maria Anna W.; Mr. Dixon; Ophthalmic Hospital.	9 settimane.	Ambidue i parenti negano d'aver avuto sifilide.	Non si sa.
6	Guglielmo J. J.; Ophthalmic Hospital; Mr. Dixon.	4 mesi.	La madre ebbe piaghe seguite da un esantema poche settimane prima di mettersi a letto.	2 mesi (?)
7	Enrichetta H.; Ospedale delle malattie della pelle (annotazioni di chi scrive).	8 mesi.	La madre con un secondo esantema sifilitico. Primogenito illegittimo.	Pochi mesi.
8	Emilia C.; S. Bartholomew's; Mr. Wormald.	3 mesi.	La madre non volle addurre alcuna storia; non si è veduto il padre.	S'ignora.
9	Cristoforo T.; Ospedale delle malattie della pelle; (annotaz. di chi scrive).	8 mesi.	La madre è in cura per esantema sifilitico. Bambino primogenito.	Pochi mesi.

IRITE SIFILITICA INFANTILE.

SINTOMI PRESENTI nel bambino	QUAL OCCHIO	CURA, RISULTATO	OSSERVAZIONI.
Scolo vaginale e condilomi all'ano.	Sinistro.	Guarigione completa dell' occhio colla cura mercuriale.	Primo caso di irite infantile che si conosca.
Non ci si indica alcuna particolarità.	Uno solo.	Nessun particolare.	Questo pare sia stato il solo esempio di irite infantile, testimoniato dagli autori citati.
Nessun particolare. Il bambino ebbe segni indubbj di sifilide quando era in osservazione.	Nessun cenno.	Non si fece alcuna cura; la pupilla si chiuse per aderenze.	Il Dr. Jacob non ha veduto il paziente che tre anni dopo la malattia.
Eruzione color di rame da quattro mesi.	Destro.	Tanto l'eruzione che l'irite guarirono colla cura mercuriale.	Walker dice di averne veduti diversi, ma questo è il solo caso del quale dia qualche particolare.
Eruzione squammosa color di rame; perdita dei cigli; depidermizzazione; piaghe in bocca.	Ambidue.	Colla cura mercuriale si dissipò ogni traccia d' effusione di linfa in ambidue gli occhi.	Si incominciò la cura dopo tre settimane di malattia.
Un'eruzione rosso-bruna.	Prima il destro, poi il sinistro.	Colla cura mercuriale l'occhio sinistro guarì perfettamente; la pupilla del destro restò chiusa.	Il bambino al tempo dell'irite era robusto, ben disposto e vivace.
Emaciazione; cachessia; condilomi ulcerati.	Prima il destro; due mesi dopo il sinistro.	Colla cura mercuriale per diversi mesi, si ottenne la completa guarigione di ambidue gli occhi.	
Emaciazione; piaghe in bocca; psoriasi sifilitica.	Sinistro.	Non si è più veduto il bambino prima dell' esito del caso.	
Ebbe un esantema sifilitico per 4 mesi che alla fine si dissipò.	Un solo occhio.	L'iride ritornò perfettamente chiara colla cura mercuriale.	Una cura mercuriale antecedente non impedì l'irite.

N.	NOME, OSPEDALE, CITAZIONI, ecc.	ETA'	STORIA DEL PAZIENTE	TEMPO trascorso dalla probabile sifilide dei genitori alla nascita del bambino
10	Sara P.; St. Bartholomew's; Mr. Wormald; (annotazioni di chi scrive).	5 mesi.	La madre aveva già perduti cinque figli con sintomi sospetti; questa sola era sopravvissuta.	S'ignora (probabilmente sei anni).
11	Alice K. C.; Ophthalmic Hospital; Mr. Critchett.	2 mesi.	La madre ebbe 8 figli, 6 morti appena nati, uno morto con sintomi sospetti. Questa fu la sola sopravvissuta.	S'ignora (probabilmente sette od otto anni).
12	Anna L.; Ophthalmic Hospital; Critchett.	3 mesi.	Due figli morirono prima; la madre aveva piaghe sospette agli angoli della bocca.	S'ignora (probabilmente due o tre anni).
13	Emilia W.; Ophthalmic Hospital; Mr. Critchett.	10 mesi.	Non si ebbe alcun dato storico; quattro figli morirono con sintomi sospetti.	S'ignora (probabilmente diversi anni).
14	Una bambina; St. Bartholomew's; Mr. Wormald.	16 mesi.	La madre confessò d'aver avuto sifilide.	Probabilmente soli pochi mesi; ma senza certezza.
15	Giacomo C.; Ophthalmic Hospital; Mr. Critchett	2 mesi.	Nessun cenno.	S' ignora.
16	Guglielmo Giovanni J.; ophthalmic Hospital; Mr. Critchett.	9 settimane.	La madre aveva sintomi sospetti, ma non s'accorse di piaghe primarie.	S' ignora (probabilmente qualche settimana).
17	Giacomo W.; Ophthalmic Hospital; Mr. Macmurdo; annotazioni di Mr. Moon.	14 mesi.	Il padre ebbe sifilide.	S' ignora.
18	Una bambina; Ophthalmic Hospital; Mr. Dixon.	4 mesi.	Ambidue i genitori ebbero sifilide.	11 mesi.
19	Una bambina; Ophthalmic Hospital; Mr. Hulke.	7 mesi.	Ambidue i parenti ebbero sifilide primaria quattro mesi prima della nascita della bambina.	4 mesi.
20	Emma D.; Ophthalmic Hospital; M. Dixon.	4 mesi.	Il padre ebbe sifilide quattordici mesi prima della nascita della bambina.	14 mesi.
21	Maria L.; Ophthalmic Hospital; Mr. Dixon.	7 settimane.	Nessuna annotazione.	S' ignora.

SINTOMI PRESENTI nel bambino	QUAL OCCHIO	CURA, RISULTATO	OSSERVAZIONI
Psoriasi sifilitica; condilomi; emaciazione.	Destro.	La pupilla tutta otturata; per tre mesi non si fece alcuna cura.	
Emaciazione e cachessia; psoriasi sifilitica; tinea tarsi, psoriasi palmare.	Ambidue.	Non se ne conobbe il risultato per l' irregolarità colla quale si presentava la paziente.	
Cachessia ed emaciazione, fessure agli angoli della bocca; psoriasi dei bracci e delle mani.	Il destro	Cura mercuriale; non si fa cenno del risultato.	
Emaciazione e cachessia; ebbe piaghe in bocca e all'ano.	Prima il sinistro; 8 mesi dopo il destro.	Pupilla otturata da linfa densa, gialla, da due mesi; dopo i quali si incominciò la cura mercuriale con molto miglioramento.	
Nessun particolare.	Ambidue.	La linfa che era in gran copia, si assorbì colla cura mercuriale; ma la pupilla sinistra restò otturata.	
Esantema squammoso; ulcere all'ano.	Sinistro.	L'occhio destro guarì colla cura mercuriale; ma la pupilla sinistra restò otturata.	
Condilomi ulcerati all'ano; eczema sifilitico.	Destro.	Guarito colla cura mercuriale.	
Cachessia; eruzione.	Ambidue.	Il destro migliorò colla cura mercuriale; ma il sinistro probabilmente finì coll'essere distrutto.	Nell'occhio destro si vedeva un' effusione di linfa profonda, probabilmente coroidea.
Condilomi all'ano.	Ambidue.	Ambedue le pupille erano quasi chiuse per l'irite che durava da due mesi senza cura.	La bambina aveva aspetto di buona salute.
Cachessia ed emaciazione; idrocefalo.	Destro.	La pupilla destra chiusa da linfa organizzata, rossa.	
Piaghe sulla lingua; psoriasi color di rame; psoriasi all'ano.	Destro.	Non si fece alcuna cura per l'infiammazione, e la pupilla si chiuse completamente.	
Psoriasi color di rame; distacco delle unghie.	Ambidue.	Si cominciò presto colla cura mercuriale, ed ambidue gli occhi guarirono perfettam.	La bambina era ben disposta.

La forma cronica di irite della sifilide terziaria, si nota la maggior parte delle volte nelle persone di una debole costituzione e che tollerano assai difficilmente il mercurio; però questo minerale ajutato come si conviene dai tonici, può ancor essere di molto vantaggio in molti casi; in altri siamo costretti ad aspettare che la salute abbia migliorato con qualunque siasi mezzo, per ricorrere all'ioduro di potassio. Non potendosi tollerare il mercurio per bocca, si fanno le unzioni o le fumigazioni mercuriali.

Consiglio al lettore di ricorrere ai libri di chirurgia ottalmica per la descrizione delle operazioni che si praticano all'intento di riparare l'occlusione della pupilla, effetto dell'irite.

IRITE INFANTILE. — Nei bambini affetti da sifilide ereditaria si osserva una forma interessantissima di irite. È una malattia rara, ma forse c'è in molti casi che passano inosservati. Molti dei casi riferiti fino ad ora sono compresi nella tavola che abbiamo or ora esposta, compilata da Jon. Hutchinson; il quale ne tira poi anche le seguenti conclusioni: —[1]

1. I soggetti di irite infantile sono più spesso femmine che maschi.

2. I bambini sifilitici vanno soggetti all'irite più facilmente verso il quinto mese di età.

3. L'irite sifilitica nei bambini è sovente simmetrica, ma spesso non lo è.

4. L'irite sifilitica infantile, è complicata di rado, ed è accompagnata da pochi dei più gravi sintomi che caratterizzano la malattia nell'adulto. L'offuscamento della cornea e la fotofobia, comuni negli adulti, sono rari nei bambini, nei quali c'è anche un po' di dolore e di injezione dei vasi della sclerotica.

5. Non ostante i fenomeni mal caratterizzati dell'infiammazione acuta, l'effusione della linfa è per lo più copiosa, e il pericolo dell'occlusione della pupilla è grave.

6. La cura mercuriale è efficacissima per guarire la malattia, e quando questa è recente, si riesce anche a promuovere il completo riassorbimento della linfa effusa.

[1] Medical Times and Gazette; luglio 14, 1860.

7. La cura mercuriale precedentemente instituita, non impedisce che si abbia a sviluppare poscia questa forma di irite.

8. I soggetti di irite infantile, quantunque sovente assai gracili e cachettici, si presentano però spesso con un aspetto di buona salute.

9. I bambini che soffrono di irite, presentano quasi sempre o l'uno o l'altro dei noti sintomi di lue ereditaria.

10. La maggior parte di costoro ammalati per irite infantile, sono bambini nati entro poco tempo dalla data della malattia primaria nei loro genitori. Ciò va d'accordo con quanto si osserva nell' irite degli adulti, la quale nella maggior parte dei casi è un sintomo secondario non terziario.

Non ne ho veduto che un solo caso all'Infirmary; il bambino non ritornò più, onde sfortunatamente non potei seguire l'andamento della malattia. Ora ho in cura un caso di doppia irite cronica in un ragazzo di 10 anni, che ha altresì ingorgo dei ganglj cervicali; il padre riferì che il medico che lo curava, il Dottore G. L. Bedford, disse che il ragazzo avesse riportata la sifilide dalla nutrice. Accenno per incidenza che i denti del ragazzo sono in genere mal formati, e che uno degli incisivi superiori è completamente perforato da un piccolo foro a circa un terzo della lunghezza del margine inferiore.

Retinite e coroidite. — I sintomi subjettivi di codeste due affezioni sono sovente assai poco distinti sul principio, sì che poco vi badano e il paziente e il chirurgo; accade quindi che si determinino danni irreparabili prima che venga avvertita la gravezza del caso. Ebbi ad osservare più volte dei casi di sifilide nei quali, per qualche leggiero incommodo, si venne ad esame ottalmoscopico dell'occhio, e allora si scoprì che c'era una malattia che minacciava la perdita della vista, ma che venne poscia frenata mediante una cura conveniente.

I sintomi della retinite e della coroidite di origine sifilitica, non sono diversi da quelli delle medesime affezioni dipendenti d'altre cause. Nella maggior parte dei casi, i pazienti accusano dapprima come una nebbia davanti all' occhio, con sensazione certe volte di pienezza del globo, con mosche volanti e cefalea frontale od

emicrania; manca quasi sempre l'eccessiva fotofobia sulla quale insistemmo come sintoma di retinite; l'oscuramento della vista va mano mano aumentando, fino a che non si è capaci che di distinguere la luce dall'oscurità, od anche fino alla cecità. Tali sintomi subjettivi non sono sufficienti a stabilire una differenza tra la retinite e la coroidite, differenza che fu solo tracciata distintamente dopo la scoperta dell'ottalmoscopo, col quale ormai esaminiamo i tessuti profondi dell'occhio press'a poco come i tessuti esterni.

Onde esporre i segni ottalmoscopici della retinite, è necessario il premettere che, la retina sana, la quale è un'espansione del nervo ottico, è perfettamente trasparente, e ci lascia vedere al di là di essa i margini ripidi della sclerotica che formano il contorno del disco ottico, quel circolo bianchiccio che si vede sul fondo quando si esamina l'occhio coll'ottalmoscopo. Ora, l'effetto naturale dell'infiammazione su questa membrana trasparente, è quello di accrescerne la vascolarità, di produrre dell'effusione nella sostanza di essa, e quindi renderla opaca. Onde uno dei primi sintomi della retinite è l'aumentato rossore, il quale può incominciare od all'ingresso nel nervo ottico che si presenta di color roseo, o perifericamente sulla retina; i vasi tanto arteriosi che venosi, che sporgendo dal disco ottico si distribuiscono alla retina, pur essi si ingrossano insolitamente, si injettano, e diventano tortuosi; anzi, a certi punti del loro decorso, si perdono di vista per l'opacità del tessuto retinico che li ricopre. Qualche volta si rompono e formano dei piccoli punti di ecchimosi. L'effusione nella sostanza della retina ne altera la trasparenza, e si vede una nebbia sul fondo dell'occhio; alla fine l'ingresso del nervo ottico resta completamente nascosto, e non se ne può determinare la sede che prendendo a guida la convergenza delle vene dilatate. Il trasudamento nell'umor viteo può anch'esso aumentare l'offuscamento nell'esame dei tessuti profondi.

I segni ottalmoscopici della coroidite sono moltissimi, quasi tutti dipendenti da varj gradi di atrofia della coroide, in modo che si vede il bianco della sclerotica al di là delle porzioni più sottili della coroide. Sul principio della malattia, quando l'atrofia si limita allo stato coroideo interno ed al pigmentario, si vede una particolare condizione nota col nome di *macerazione del pigmento della coroide*; la materia colorante è distribuita irregolarmente, assai

rara e scarsa in alcune parti, ammassata in altre, il fondo dell'occhio ha un aspetto acquoso per così dire, e come se fosse sparso di inchiostro. L'atrofia può anche limitarsi a delle provincie circoscritte di un color bianco quasi perlaceo, assai distinto pel contrasto colla tinta rosea del fondo dell'occhio, oppure può essere generale, nel qual caso la camera interna dell'organo della vista riflette un maggior grado di luce. I depositi di linfa sulla retina, possono pur essi dare origine a delle macchie di scolorimento simili a quelle prodotte dalla atrofia della coroide; le prime si riconoscono perchè nascondono i vasi retinici e coroidei, ciò che non fanno le seconde.

L'essudato dei vasi coroideali può dar luogo ad effusioni sottoretiniche, che generalmente si limitano ad una porzione del fondo dell'occhio e impediscono la vista nella direzione opposta; per esempio, se l'effusione è all'esterno, il paziente può vedere all'esterno ma non all'interno; se inferiormente, può vedere all'imbasso ma non all'insù. Queste effusioni presentano all'ottalmoscopo un aspetto assai caratteristico, e rassomigliano ad una grossa bolla semitrasparente posta dicontro al vitreo ed oscillante di quà e di là. Si vedono i vasi retinici, che partono dalla retina ancora attaccata ed ascendono sulle superficie della porzione di retine distaccata.

L'uso dell'ottalmoscopo fin ora non venne ancora abbastanza esteso, onde i pratici solamente saranno in grado di poter riconoscere questi sintomi. L'importante da tenersi a mente è questo: che l'ottalmoscopo dimostrò l'esistenza di alterazioni che hanno sede profonda nell' occhio prodotte da sifilide e con minaccia della perdita della vista; e che quindi ogni disordine di vista ne' soggetti sifilitici, quantunque non complicato da alcuna traccia di infiammazione esterna, deve tosto porre in guardia il curante ed indurlo all'uso dei rimedj specifici.

Ho veduti diversi casi di retinite sifilitica un certo tempo dopo una irite. La moglie del paziente cui si accenna a pag. 56, soffrì di codesta malattia quindici mesi dopo un decorso di irite, e quando non c'erano presenti altri sintomi di sifilide; in questo caso si guarì tosto la malattia mediante i mercuriali; del resto la prognosi è per lo più favorevole nelle persone d'altronde sane, purchè si adoperino in tempo i rimedj specifici. Riguardo all' effetto che si ottiene con una cura convenientemente instituita, la coroidite e la retinite sifilitica rassomigliano moltissimo all'irite.

Atrofia del nervo ottico. — Ho notato nei sifilitici diversi casi di atrofia del nervo ottico, dipendente, a quanto pare, dalla lue costituzionale. Si riconosce questa malattia esaminando l'occhio coll'ottalmoscopo; si vede la papilla ottica di un color bianco opaco speciale, e i vasi centrali di minor volume; c'è una parziale, e spesso una quasi completa perdita di vista. La prognosi è assai sfavorevole; io non ho mai veduto che i rimedj abbiano giovato.

Iperopia. — Osservai più volte l'iperopia in conseguenza di strabismo convergente, in diversi fanciulli della stessa famiglia, il padre dei quali era affetto da sifilide prima del matrimonio; nacque quindi il dubbio che questa anomalia di refrazione potesse in qualche caso dipendere dalla lue sifilitica ereditaria. Il solo mezzo per rimediarvi sta nell'operazione per lo strabismo, nel correggere l'iperopia mediante vetri convessi.

Paralisi dei nervi motori dell'occhio. — L'egregio Dottore Abramo du Bois autorevole in ottalmologia per la sua vasta pratica, e privata e al New York Infirmary, osservò più e più volte che la maggior parte dei casi di paralisi dei nervi motori dell'occhio dipendono da sifilide; anch'io nella mia più limitata esperienza ho trovato così. Graefe [1] attribuisce questa classe di affezioni a lue sifilitica, — in quasi metà dei casi che si vedono. —

Quasi sempre è il terzo pajo od oculo motore il nervo affetto; poi in ordine di frequenza segue il sesto pajo o abduttore, [2] e finalmente il quarto pajo o patetico.

Il campo limitato di quest'opera mi obbliga a rimandare il lettore alle opere di ottalmologia, quanto alla descrizione dei sintomi

[1] Affezioni sifilitiche dell'occhio; Deutsche Klinik, 1858, No. 21.

[2] Il Dottore Beyram riferì tre casi interessanti di paralisi del sesto pajo d'indole sifilitica. Union Médicale, febbrajo 23, 1860.

di codeste affezioni.[1] Dirò solo che il chirurgo deve guardarsi bene dal confondere la paralisi del sesto pajo collo strabismo convergente. Si distinguono per questo che, nella prima il paziente non può in nessuna circostanza rivolgere l'occhio all'infuori, mentre nel secondo, chiudendo l'occhio sano, l'occhio strabico riprende la direzione naturale. Ponendo attenzione a questi fatti, si eviterà di commettere un errore come pur troppo avvenne, quello cioè di operare la sezione del retto interno, la quale operazione non può essere di nessun vantaggio quando il retto esterno è paralizzato.

La patologia della paralisi dei nervi motori è ancora oscura. Dixon[2] riferisce due casi assai interessanti nei quali l'esame dopo morte rivelò l'esistenza di tumori (supposti tubercoli sifilitici) nella sostanza del nervo. È raro che la paralisi dipenda da malattia dei canali ossei o della membrana che li tappezza per entro ai quali passa il nervo; gli esami cadaverici mostrarono rammollimento del tessuto nerveo o cerebrale. Virchow[3] cita un buon numero di casi dipendenti da quest'ultima causa.

Queste affezioni dei nervi motori appartengono per lo più alla sifilide terziaria; quasi tutte cedono all'ioduro di potassio. La facilità colla quale si lasciano influenzare dalla cura, sembrerebbe veramente escludere l'idea che dipendono necessariamente da serie alterazioni organiche nel nervo o nel cervello.

[1] Vedi una bellissima memoria di Wells, nella quale si dà relazione delle ricerche di Graefe sulle affezioni paralitiche dell'occhio. Ophtalmic Hospital Reports, vol. II; p. 44.

[2] Medical Times and Gazette, ottobre 23, 1858.

[3] Sifilide costituzionale, pag. 129 e seguenti.

CAPITOLO XII.

AFFEZIONI SIFILITICHE DELL'ORECCHIO.[1]

[Nel decorso della sifilide si possono determinare le seguenti affezioni dell'orecchio quali manifestazioni del veleno sifilitico: —

1. L'inspessimento del cerume.
2. La miringite subacuta.
3. L'infiammazione della tromba d'Eustachio e della cavità del timpano.

La prima di queste condizioni insolite del canale auditivo esterno, nasce dal propagarsi della congestione della cute al meato, che è coperto da una introflessione dei comuni integumenti, per null'altro diversi che per la maggiore sottigliezza, specialmente dove formano lo strato esterno della membrana del timpano. Questo inspessimento del cerume, per sola pressione meccanica, può cagionare l'infiammazione della membrana del timpano; bisogna toglier via il cerume inspessito e curare convenientemente l'infiammazione].

Avviene spesso che i pazienti si lamentino di subitanea sordità nel decorso della sifilide generale, la quale dipende certo dalla lue costituzionale, poichè si combina con manifestazioni sifilitiche assai distinte, e cede ai rimedj specifici. Si osserva in pratica che, nella maggior parte di codesti casi, la malattia non è che un'infiammazione della membrana del timpano, il che si deduce dall'insolito rossore e dalla maggiore vascolarità del timpano e dal diminuito o abolito lume del canale a figura conica, come si

[1] Il Dottore B. St. Roosa, chirurgo assistente al New York Eye Infirmary, dove egli è specialmente incaricato delle malattie dell'orecchio, ebbe la gentilezza di rivedere questo capitolo, e di aggiungere alcuni brani che qui sono compresi tra i due segni [ ].

vede in un orecchio sano. Per esaminare codesto canale auditivo esterno, bisogna adoperare uno speculum tubulare, quello di Wilde, per esempio, o quello di Toynbee, assai preferibile allo speculum bivalve; si espone l'orecchio ai raggi diretti del sole, oppure ai raggi della luce del giorno riflessi da uno specchio concavo di Tröltsch.

In via generale il dolore che s'accompagna a quest'affezione è meno acuto che nella miringite di origine semplice, anzi certe volte manca affatto, ma altre volte è gravissimo, raggiante sul lato corrispondente della testa, e che cresce colla tosse, col soffiar del naso, coll'inghiottire, collo sternutare, colla pressione del meato, e coi movimenti della mascella. Non c'è alcuna secrezione straordinaria dall'orecchio esterno. Se si abbandona a sè la malattia, si effonde della linfa frammezzo alle laminette del timpano, dal che si ha poi una alterazione duratura dell'udito.

Wilde di Dublino, nel suo ottimo volume sulle malattie dell'orecchio, [1] fu il primo che fermò l'attenzione dei medici su codesta affezione, e mostrò che la sordità che si verifica nel corso della sifilide generale quasi sempre dipende da miringite subacuta. Tanto io che i miei colleghi, trovammo confermate le verità esposte da Wilde in buon numero di casi nei quali la patologia della malattia era abbastanza chiara, i quali casi potemmo osservare al New York Eye Infirmary, e nella pratica privata. Non sono però dell'opinione di Wilde che la miringite sifilitica non sia accompagnata da dolore locale; il dolore, quantunque minore che nella miringite acuta semplice, in molti dei casi che ho veduti era veramente grave; di questo parere è pure il mio amico Dottore C. R. Aguew.

Il carattere dei sintomi coesistenti, e l'influenza che ha il mercurio sulla malattia, indicano che la miringite sifilitica dev'essere posta fra le lesioni secondarie; infatti il posto di essa nella scala sifilitica, si può ritenere press'a poco identico a quello della forma secondaria di irite, colla quale ha tanti punti di analogia.

La cura di codesta affezione, sta nell'uso attivo dei mercuriali internamente insieme agli oppiati, quando si debba alleviare il dolore, come anche nell'applicazione di sanguisughe dentro e davanti

[1] Pratical Observations on Aural Surgery, ecc, Fil. 1853, p. 252.

al naso, o dentro al meato auditivo. Secondo Tröltsch le injezioni d'acqua calda nel meato sono preferibili ai cataplasmi, i quali rammolliscono troppo i tessuti ed arrivano ad eccitare suppurazione e otirrea grave. Domata l'infiammazione acuta, se si scorge qualche effusione di linfa nella sostanza del timpano, oppure se la funzione dell'organo non è completamente ristabilita, si ricorre all'ioduro di potassio insieme ai mercuriali, ed ai vescicanti dietro l'orecchio.

[L'infiammazione della tromba d'Eustachio può derivare dalla membrana della faringe e del palato molle, i muscoli del quale (l'elevatore e il distensore del palato) hanno un intimo nesso coll'orifizio della tromba d'Eustachio. L'impermeabilità della tromba pòu dipendere o dalla perduta azione di questi muscoli, quindi insufficienza, o dallo estendersi dell'infiammazione e dell'ulcerazione. Codesta impermeabilità della tromba impedisce quindi il libero scambio dell'aria nella cavità del timpano, favorisce le raccolte mucose, le aderenze, la congestione, l'infiammazione e la sordità. Quanto alla cura, bisogna agire sulla membrana malata mediante gli astringenti, togliere l'ostruzione del canale col cateterismo eustachiano, introducendo con esso dei vapori o semplici o medicati, continuando nello stesso tempo la cura generale antisifilitica].

CAPITOLO XIII.

ORCHITE SIFILITICA.

Astruc,[1] accennò una malattia del testicolo dipendente da sifilide, e notò il carattere indolente di essa, distinguendola dall'infiammazione acuta blennorragica del testicolo; era sconosciuta ad Hunter, ma nota a Bell,[2] e più recentemente fu descritta da Sir Astley Cooper,[3] da Bérard,[4] da Velpeau[5] e da altri. Quanto noi sappiamo di codesta affezione, noi lo dobbiamo specialmente a Ricord che diede una fedelissima descrizione dei sintomi, della patologia, e della cura, chiamandola col nome di albuginite sifilitica.

Il sarcocele, o orchite, o albuginite sifilitica, come fu variamente chiamato, è uno dei così detti sintomi di sifilide di transizione, sul confine tra le lesioni secondarie e le terziarie, ma più vicino alle terziarie che alle secondarie. Quando la malattia costituzionale ha un decorso rapido, l'orchite sifilitica può determinarsi anche al quarto o al quinto mese dal contagio mentre ci sono ancora i sintomi secondarj; ma nella maggior parte dei casi, non si manifesta che diversi anni dopo la lesione primaria, insieme a sintomi terziarj distinti alle fauci, al periostio, alle ossa; oppure certe volte, sta da solo, unico segno che il paziente è affetto da sifilide. Dire come fecero alcuni, che quest'affezione può manifestarsi alla stessa epoca dell'ulcero primario, o in altri termini, che si possono sviluppare

[1] Lib. III, cap. IV.
[2] Treatise on Gonorrhœa virulenta, and Lues venerea, vol. II, p. 128.
[3] Structure and Diseases of the Testis.
[4] Des divers Engorgements du Testicule, Paris, 1834.
[5] Dictionnaire de Médicine.

contemporaneamente da uno stesso contagio un ulcero e un'orchite sifilitica, è cosa troppo assurda perchè si debba confutarla.

SINTOMI. — Quasi sempre l'orchite sifilitica affetta ambidue i testicoli, o al tempo stesso o consecutivamente. I sintomi di essa meritano una speciale attenzione, poichè è facile il confonderla con altre affezioni del testicolo che ne richiedono l'estirpazione. Gli annali della chirurgia registrarono diversi casi di demolizioni di testicoli per cause che ora si conoscono quali malattie essenzialmente guaribili.

Uno dei tratti caratteristici di codesta affezione, è la quasi totale mancanza di dolore, e la grande insensibilità alla pressione; quindi ogniqualvolta c'è ingrossamento di un testicolo senza alcuno dei soliti segni di infiammazione in una persona che ebbe già sifilide, ci sono moltissime ragioni per sospettare che la malattia dipenda da lue sifilitica. In qualche caso eccezionale si sente un dolore ottuso ai lombi, ma generalmente l'unica sensazione incommoda è come un senso di peso nell'organo affetto, che peggiora verso sera dopo che il paziente stette in piedi più o meno nella giornata, ma che però non subisce l'esacerbamento notturno così comune nei dolori sifilitici del periostio e delle ossa. Inoltre, col progredire della malattia, il testicolo va perdendo della sua consueta sensibilità, sì che si può stringerlo nel pugno senza cagionare il più piccolo dolore.

Altro carattere importante, è l'assoluta mancanza di alterazioni morbose sullo scroto, nei vasi deferenti, e nell'epididimo. Per tutto il decorso della malattia si vede che i cordoni e gli involucri del testicolo sono sani; così pure nell'epididimo, e sul principio e più tardi nel corso della malattia; quantunque però, quando l'ingrossamento raggiunge un volume considerevole, sia qualche volta impossibile distinguere le diverse parti dell'organo.

Il corpo del testicolo, che è sempre la parte affetta, aumenta alquanto di volume, non però fino al grado cui arriva nel tumore encefaloide dello stesso organo; di rado eccede il doppio dell'organo sano. Ricord soleva dire nelle sue lezioni: — ogniqualvolta osservate un tumore del testicolo della grossezza di un pugno e trovate che l'ingrossamento non dipende per la maggior parte da

effusione, non c'è bisogno di sospettare sifilide. — Quasi sempre una piccola porzione dell'ingrossamento che si vede, dipende da idrocele: poichè in quasi tutti i casi di orchite sifilitica v'è una piccola effusione nella tunica vaginale. Se la raccolta di fluido è considerevole, è necessario evacuarla colla puntura onde poter poscia instituire un esame soddisfacente dell'organo; ma nella maggior parte dei casi colla sola pressione si può riuscire a spostare il fluido e giungere col tatto a ridosso del testicolo; così se ne può determinare la condizione. In principio della malattia si trova che il testicolo contiene una o più distinte masse sporgenti di indurimento, del volume di una testa di spillo, o di un pisello, od anche di una mandorla, ma però mai così sporgenti da alterare la figura complessiva dell'organo. Queste sporgenze dipendono da un'effusione di materiale plastico sulla superficie della tunica albuginea, della natura medesima dei tumori gommosi. Col progredire della malattia, le masse distinte di indurimento si confondono l'una coll'altra e formano un tumore duro, resistente, che serba ancora per molto tempo la forma propria del testicolo.

Il decorso di codesta affezione è assai lento e cronico, e sovente dura per anni. Gli istinti sessuali non si alterano fino a che la malattia non ha fatti grandi progressi in ambidue i testicoli.

Quando si arriva a riconoscere l'orchite sifilitica fin dall'esordire, la si può quasi sempre arrestare e si giunge a rimettere l'organo nelle integre condizioni di prima. Abbandonata a sè stessa, termina assai sovente coll'obliterazione dei tubi seminali, e colla completa o parziale atrofia corrispondente all'estensione del deposito avventizio; oppure il parenchima della ghiandola degenera nel tessuto fibroso o cartilagineo, od anche osseo. Ricord disse come regola che: la suppurazione non avviene mai nell'orchite sifilitica non complicata, e dimostrò che molti casi supposti contrarj a questa regola, erano infatti esempj di processo tubercolare del testicolo, o di tumori gommosi del tessuto cellulare dello scroto. Codesta regola fu ammessa generalmente come vera, e finora nessuno la mise in dubbio: ma Rollet [1] riferì un esempio incontrastabile di questa malattia, nel quale la sostanza del testicolo sporgeva da un'ulcerazione dello

[1] Annuaire de la Syphilis, anno 1848, p. 90.

scroto, della tunica vaginale, e dell'albuginea, dando origine alla condizione nota col nome di fungo del testicolo; cita un altro caso veduto anche da lui stesso, di Jarjavay, e un altro descritto da Curling.[1] Victor de Meric[2] riferì non è molto un altro caso di fungo del testicolo dipendente da sifilide. Sembrerebbe quindi che la legge di Ricord possa avere le sue eccezioni.

DIAGNOSI. — Si può confondere l'orchite sifilitica coll'epididimite blennorragica, col cancro, colla tubercolosi del testicolo, coll'orchite cronica.

L'infiammazione blennorragica del testicolo è una malattia acuta, con grave dolore, con difficoltà al moto, con calore, rossore e tensione dello scroto; affetta principalmente l'epididimo; spesso è complicata da infiammazione del vaso deferente; è preceduta od accompagnata da una secrezione uretrale, e cede ad una cura semplice. L'indurimento che resta dopo una epididimite blennorragica acuta si riconosce mediante la storia antecedente del caso e perchè è limitata all'epididimo.

Quando c'è cancro del testicolo, il quale generalmente è della varietà encefaloide, il dolore è leggiero in principio, ma cresce col progredire della malattia e diventa assai grave e lancinante; il tumore è assai irregolare, cresce con molta rapidità e spesso raggiunge un volume immenso; ne sono interessati non di rado il cordone e i ganglj vicini. — Se esportate un testicolo canceroso, la malattia quasi sempre si riproduce nel cordone; in un secondo decorso di orchite sifilitica, s'ammala l'altro testicolo.[3] —

La tubercolosi del testicolo si verifica verso la pubertà piuttosto che all'età adulta, e in soggetti veramente scrofolosi. Il deposito avventizio si depone dapprima nell'epididimo o nel centro, e non nelle porzioni esterne del testicolo, come nell'orchite sifilitica. Col progredire della malattia si formano delle piccole protuberanze alla superficie come nell'orchite sifilitica, ma tosto contraggono ade-

[1] On the Testis, 2. ed., pag. 277.

[2] London Lancet, ed. am., maggio 1859.

[3] DUPUYTREN, Leçons Orales de Clinique chirurgicale. Tom. IV, p. 236.

renze colla tunica vaginale e collo scroto, suppurano e si esulcerano. Esplorando con un dito introdotto nell'ano le vesciche seminali, vi si riscontrano dei segni di deposito tubercolare, i quali si notano spesso anche nel cordone o nei ganglj inguinali.

C'è una gran diversità d'opinione, specialmente tra i medici inglesi e i francesi, quanto alla frequenza, alla natura ed ai sintomi dell'orchite cronica. Curling, che si può ritenere come il rappresentante delle opinioni degli inglesi, ritiene che questa affezione sia affatto comune e che dipenda da un deposito nel corpo del testicolo generalmente a masse circoscritte, di una particolare sostanza omogenea, gialla, e che terminano spesso colla suppurazione o col fungo benigno del testicolo. Tra i francesi, Nélaton sostiene giustamente, io credo, che questa descrizione si riferisca al vero testicolo tubercolare, e che Curling abbia compresi nell'orchite cronica molti casi di albuginite sifilitica. Egli crede, e con lui la maggior parte dei chirurghi francesi, che l'orchite cronica è una affezione rarissima; che essa dipende da infiltramento infiammatorio plastico senza alcuna rassomiglianza col tubercolo nella sostanza dell'epididimo e nel corpo del testicolo, non circoscritto in masse distinte, spesso assai pertinace, ma che può venir riassorbito senza suppurazione; che spesso ha origine da irritazione intorno alle parti profonde dell'uretra, e che certe volte dà luogo a una specialissima condizione dello sperma che diventa di un color rossigno, rassomigliante a gelatina di ribes. [1]

Non trovo necessario l'addentrarsi ancor di più nei particolari della diagnosi differenziale tra l'orchite sifilitica e le malattie suaccennate. Ponendo attenzione ai loro principali caratteri ora descritti, principalmente ajutandosi colla storia del caso e con una diligente ricerca dei sintomi sifilitici presenti o delle tracce della precedente loro esistenza, il chirurgo non sbaglierà tanto facilmente. Nascendo qualche incertezza, bisognerà sempre tentare la prova dei rimedj specifici, prima di ricorrere a processi operativi.

Cura. — Nella cura di questa malattia, Ricord confida quasi esclusivamente nell'ioduro di potassio alla dose da venti a centocin-

[1] Gazette des Hôpitaux, num. 14, 1857.

quanta centigrammi tre volte al giorno. Sembrerebbe che Ricord qui sia poco coerente alle sue proprie dottrine, poichè altrove egli raccomanda una cura mista d'ioduro di potassio e di mercurio pei sintomi di sifilide transitoria, fra i quali egli pone l'orchite sifilitica. Nella mia pratica io non fui soddisfatto del solo ioduro di potassio, ed ottenni risultati assai più favorevoli quando lo combinai col mercurio. In un caso, per esempio, che io ho in cura adesso, il paziente prendeva cinquanta centigrammi di ioduro tre volte al giorno da due mesi per una eruzione sifilitica tubercolare; fermai tosto l'attenzione sulla malattia del testicolo, che non sembrava migliorare o che certo non migliorò durante la cura. Aumentai la dose del rimedio a poco a poco fino a un grammo tre volte al giorno senza notare alcuna influenza sull'orchite, la quale migliorò tosto quando amministrai mezzo grano di protoioduro di mercurio invece dell'ioduro di potassio a metà giornata, continuando l'ioduro di potassio alla mattina e alla sera. In molti casi e specialmente negli individui di costituzione rovinata, è meglio ricorrere alle unzioni mercuriali sulla parte interna delle cosce od alle ascelle, amministrando internamente i tonici e l'ioduro di potassio.

Diday si esprime tutt'affatto in favore della cura mista. Egli dice: — La cura di quest'affezione è importante tanto come elemento di diagnosi, come pei mezzi di guarigione. Io non divido l'esclusiva confidenza che hanno certi specialisti nell'uso del solo ioduro di potassio in questa malattia. Concedo che sia un eccellente rimedio, fors'anco il migliore, quando se ne debba adoperare uno solo; ma io credo però che si debba avere un certo credito anche pel mercurio. Come si può dimenticare o negare i risultati che ottennero Sir Astley Cooper e Dupuytren, quando questo solo metallo aveva la responsabilità e l'onore della guarigione? E la storia della sifilide, assegnando a codesta lesione un posto medio tra i sintomi secondarj e i terziarj, non ci indica essa che la migliore cura deve essere quella di carattere misto? Nella mia pratica, l'esperienza confermò queste idee. Io confesso che se dovessi scegliere tra il mercurio e l'ioduro, io preferirei il primo al secondo; ma sono però anche fermamente persuaso che sia sovente indispensabile il loro uso simultaneo. L'associazione di codesti rimedj è quasi sempre sufficiente; ma la diligente osservazione di casi osservati di recente nella mia pratica, sembrerebbe confer-

mare la conclusione, che il mercurio agisce meglio sul principio della malattia e l'ioduro più tardi; che il primo possiede una vera superiorità per due o tre settimane, dopo il qual tempo diventa inefficace, paragonato all'azione che vi spiega il secondo. Se mi si domandasse la ragione di questa particolarità, la verità della quale fu dimostrata dall'esperienza, direi che il mercurio, in virtù della sua proprietà antiflogistica, giova a rendere solubile il deposito intertubulare, di modo che viene assorbito meglio; e che l'iodio più tardi giova di più, come vero specifico colle sue proprietà antisifilitiche ed antiterziarie, e stimola il processo di assorbimento. [1]

La pratica dei chirurghi del New York Hospital, come riferisce il mio amico Tom. M. Markoe, [2] fu la stessa, e precisamente contraria all'uso esclusivo dell'ioduro di potassio.

La cura locale è di importanza secondaria, e nella maggior parte dei casi si può farne senza, tranne quello di alleviare il peso stesso dei testicoli mediante un sospensorio. Giudicando dal caso riferito da Rollet, anche un tumore fungoso del testicolo sporgente da una ulcerazione dello scroto, scomparirà e si avrà la cicatrizzazione coll'uso dei soli rimedj costituzionali. La cura locale consigliata comunemente, e che forse in alcuni pochi casi si può instituire con vantaggio, consiste nell'unzione mercuriale quotidiana sullo scroto, oppure nella compressione mediante striscia di cerotto come nell'ingrossamento del testicolo per blennorragia. L'effusione nella tunica vaginale, quasi sempre, viene tosto assorbita colla cura generale, ma se è eccessiva, si può evacuarla con una puntura d'ago o di lancetta. Siccome c'è molto pericolo di offendere il testicolo ingrossato, è meglio evitare l'uso del trequarti come si usa comunemente coll'operazione per l'idrocele.

[1] Nouvelles Doctrines sur la Syphilis, p. 499.
[2] New York Journal of Med., marzo, 1855, p. 204.

CAPITOLO XIV.

AFFEZIONI SIFILITICHE DEI MUSCOLI E DEI TENDINI.

Le affezioni sifilitiche dei muscoli, quantunque note ad Astruc, [1] pure non furono oggetto di speciale attenzione fino al secolo presente e in particolar modo per opera di Boyer, [2] di Ricord, [3] di Bouisson, [4] e di Notta. [5]

Queste affezioni sono: i dolori muscolari, le contratture muscolari e le gomme o tumori muscolari.

DOLORI MUSCOLARI. — Dei dolori muscolari dipendenti da sifilide parlammo già, [6] poichè spesso accompagnano il primo esordire dei sintomi generali; affettano specialmente le vicinanze delle articolazioni; interessano spesso tanto il tessuto fibroso che il muscolare; passaggieri e varj di carattere, diminuiscono colla pressione e nella maggior parte dei casi non c'è nè gonfiezza, nè calore, nè rossore. Nel periodo terziario della sifilide, i pazienti si lamentano spesso di dolori all'estremità, ma questi dolori dipendono da cambiamenti nel periostio o nelle ossa, o da deposito di

[1] A Treatise of Venereal Diseases; ecc. dal latino, Londra 1754, volume II, p. 15.

[2] Traité pratique de la Syphilis. Paris, 1856.

[3] Note all'Hunter.

[4] Gaz. Méd. de Paris, 1846, p. 211.

[5] Mém. sur la Rétraction Muscul. Syphil., Arch. Gén. de Méd., dicembre 1850, 1. serie, Tom. XXIV, p. 413.

[6] Vedi pag. 293.

tubercoli sifilitici nei muscoli, e debbonsi quindi riguardare puramente come sintomatici di lesioni descritte in questo ed in altri capitoli.

CONTRATTURE MUSCOLARI. — Questo effetto singolare della sifilide costituzionale, consiste nell'accorciamento di uno o più muscoli, con impedimento al moto, ma senza che ci siano altre alterazioni riconoscibili all'esame esterno. I muscoli che ne sono più di frequente affetti, sono i flessori dell'estremità superiore, e specialmente il bicipite. Notta ne osservò sei casi, in due dei quali la malattia si limitava al bicipite, in due altri al bicipite ed al supinatore lungo; e negli altri ai flessori delle dita. Si notò quest'affezione del bicipite colla medesima frequenza, nei casi riportati da altri osservatori.

La contrattura si determina insidiosamente, e il primo sintomo che accusa il paziente è l'incapacità ad estendere l'arto. Esaminando il muscolo affetto, non si percepisce alcun cambiamento nè nella forma nè nella tessitura; il potere di contrazione sta come di consueto; non c'è che un accorciamento, che si rileva dallo stato del muscolo quando si estende forzatamente l'arto. Nei sei casi di Notta, la porzione carnosa del muscolo non era dolente alla pressione; in cinque, premendo su una o su ambedue le inserzioni tendinee, oppure esercitando un'estensione forzata, si destava dolore. La contrattura va crescendo, per lo più lentamente, qualche volta rapidamente, fino a un certo punto, arrivata al quale, resta stazionaria. In cinque casi nei quali era affetto il bicipite, l'angolo formato dal braccio e dall'avambraccio, quando quest'ultimo era disteso al massimo, era di 160°, 135°, 135°, 130°, e 90°, rispettivamente. In un altro caso i mignoli erano completamente flessi sul palmo della mano.

Sotto il nome di tetano sifilitico cronico, Deville [1] riferì un caso nel quale erano interessati molti muscoli, e che finì colla morte per contrattura dei muscoli della faringe dalla quale non passava uno specillo d'osso di balena. Anche Notta era dell'opinione di Deville che questa malattia fosse sifilitica.

[1] Bulletin de la Soc. Anatomique, 1845, p. 276.

In nessuno dei casi di Notta, i pazienti non soffrirono mai di reumatismo, il quale pertanto non c'entrava per nulla nel produrre la contrattura muscolare; tutti però presentavano dei sintomi sifilitici certi i quali anzi in tre casi, appartenevano al periodo terziario, in due al secondario, ed in uno al secondario ed al terziario insieme. Per quanto si può giudicare da una statistica sì breve, si può concludere che, la contrattura muscolare, come l'orchite sifilitica, appartiene al periodo di transizione precisamente tra le forme secondarie e le terziarie.

La cura di quest'affezione consiste nell'amministrare dei mercuriali insieme all'ioduro di potassio. Con tali mezzi Notta riescì a guarire perfettamente quattro casi; in un quinto non si ebbe che un miglioramento; in un sesto la cura non ebbe alcun effetto. Come avviene degli altri sintomi sifilitici, la malattia recidiva facilmente se si sospende la cura troppo presto.

La patologia della contrattura sifilitica muscolare è oscura. Virchow l'ascrive a — degenerazione callosa del tessuto muscolare; alterazione analoga a quella prodotta dall'infiammazione reumatica o semplice o traumatica. Fra gli interstizj dei fascicoli muscolari, si sviluppa un tessuto congiuntivo, che si indurisce e produce l'atrofia e finalmente la distruzione delle fibrille muscolari primitive. [1] —

Tumori muscolari. — Quanto sappiamo in oggi dei tumori sifilitici, dei muscoli, dei tendini e delle aponeurosi, lo dobbiamo in gran parte ai lavori di Bouisson, già professore di chirurgia a Montpellier. Questi tumori consistono dello stesso materiale gommoso che fu già descritto più indietro in quest'opera. Colà abbiamo parlato di depositi di questa natura nei muscoli, quando parlammo delle affezioni sifilitiche della bocca e delle vie aeree; poichè i tubercoli della lingua sono situati spesso nel tessuto muscolare come nel tessuto cellulare; e molte ulcere gangrenose del velo palatino, della faringe, della laringe, hanno principio da tumori gommosi dei muscoli vicini, che interessano poi secondariamente la

[1] Sifilide costituzionale.

mucosa. S'è pur fatto cenno di simili tumori ai labbri; anzi colà qualche volta furono presi per cancro epiteliare. Oltre ai muscoli delle regioni ora accennate, i tumori gommosi si notarono nel gluteo massimo, nel trapezio, nello sterno-cleido-mastoideo, nel vasto esterno, nel pettorale maggiore, e in qualche altro; e nelle pareti del cuore, da Ricord, [1] da Lébert, [2] e da Virchow. [3]

— Pare che i tumori sifilitici dei tendini dipendano da ipertrofia circoscritta dal tessuto fibroso, insieme ad un'effusione di materiale sieroso e plastico. Essi sono sede di un certo grado di dolore, che aumenta coll'esercizio del muscolo corrispondente. Esaminato il tendine sul cadavere, si trova che ha serbato il suo colore consueto, oppure è appena leggiermente injettato; è però più grosso, o per inspessimento delle fibre, o perchè nella sostanza di esso si deposita un materiale albuminoso, semisolido. Nei casi antichi che non finiscono colla suppurazione, può succedere l'ossificazione comprendendo tutta l'estensione del tendine, com'io osservai una volta sul piccolo psoas; in altri casi si limita alla parte del tendine ammalatasi fin dal principio e dà origine ad una specie di osso sesamoideo.

— I tumori sifilitici dei tendini, certe volte sono situati alla superficie del tendine, certe altre al centro. I primi sono i più comuni. In tal caso l'ingrossamento è più distinto e forma una brusca procidenza sulla continuità del tendine; se avviene la suppurazione la continuità del cordone fibroso non si altera. Quando la malattia è alla parte centrale, le fibre del tendine vengono separate da un deposito avventizio, e il tumore assume una figura ovoide o fusiforme. —

Quanto ai tumori sifilitici dei muscoli, Bouisson dice quanto segue: —

— Egli è difficile il determinare se i primi cambiamenti hanno luogo nelle fibrille muscolari o nel tessuto cellulare interstiziale; l'analogia però ci farebbe credere che il primo ad ammalarsi sia l'elemento fibrocellulare che connette le fibre carnee, il quale serve

[1] Iconographie, Pl. XXIX.
[2] Traité d'Anatomie pathologique, T. I, Pl. LXVIII, pag. 5.
[3] Sifilide costituzionale, p, 108.

loro di guaina. Ma nei casi avanzati (non importa quale sia poi la terminazione, o suppurazione o indurimento), tutti gli elementi anatomici ne sono interessati; e, secondo il progredire del processo morboso, le fibre muscolari o sono circondate da un materiale di nuova formazione o si rammolliscono e si distruggono, oppure vengono trasformate in un tessuto duro sub-cartilagineo, od anche osseo. Questi sono gli stadj diversi che io potei osservare in questi tumori.

— Nel primo stadio, il muscolo è sede di un ingrossamento locale e circoscritto, di consistenza maggiore di quella dell'edema. Su una superficie di taglio del tessuto malato, si vedono i fascicoli muscolari scoloriti in mezzo ad una effusione plastica di colore grigiastro.

— Nel secondo stadio il deposito avventizio si rammollisce e, se l'infiammazione che vi si accompagna continua con un carattere cronico, si trasforma in un liquido viscido, filante, che rassomiglia a una soluzione di gomma. Se al contrario vi si stabilisce l'infiammazione acuta, oppure se il tumore fin dal principio era accompagnato da dolore costante e da aumentata temperatura, si forma del pus nel centro del muscolo, le fibre si rammolliscono e si distruggono, e succede un certo grado di disorganizzazione. Io sospetto che molti ascessi intrapelvici e molti casi di infiammazione distruttiva dello psoas e dell'iliaco, non siano che flemmasie dei muscoli di questa regione. Nei soggetti sifilitici osservai sovente delle complicazioni di questa sorta; e non è molto chiamai l'attenzione de' miei studenti su un paziente nell'ospedale che era ammalato per infiammazione cronica del psoas e dei muscoli iliaci del lato sinistro. Si formò nella pelvi un tumore di volume considerevole, sporgente presso al ligamento del Poupart. Spaccato ne uscì una enorme quantità di pus. Il paziente fu sottomesso ad una cura specifica, e guarì completamente.

— Nel terzo stadio, que' tumori sifilitici dei muscoli che non suppurarono, si induriscono. Come le periostosi, subiscono diversi stadj successivi di organizzazione, e dall'essere sodi diventano sotto-cartilaginei, cartilaginei, ed ossei. Questa trasformazione finale, a motivo della particolarità e persistenza di essa, fu scopo di speciale attenzione per parte dei patologi. Ne osservai un bellissimo esempio nel museo della facoltà di medicina a Strasbourg; era

una massa ossea di grosso volume, sviluppatasi nella sostanza del quadrato del femore.

— Nei soggetti sifilitici si osservano di frequente delle ossificazioni dei muscoli e dei tendini con esostosi, in diverse parti del corpo. Il Professor Dubrueil ha nella sua collezione lo scheletro di un Arabo che era affetto da sifilide; oltre a molte esostosi, c'era ossificazione di molti muscoli al punto d' inserzione loro. [1] —

Questi tumori sono di diverso volume, da quello d'una nocciuola a quello di un arancio. Quando il muscolo è rilasciato, si riconoscono assai facilmente, e allora si può stabilire assai meglio il loro stato di indipendenza dall' osso sottoposto. Eccitano poco o nessun dolore, a meno che il muscolo non venga messo in contrazione: il maggior incommodo che arrecano è quello di impedire i movimenti della parte. Quasi sempre s'accompagnano ad altre forme sifilitiche, nodi, esostosi, tubercoli del tessuto cellulare, od ulcerazioni delle fauci. La cura di questi tumori è quella ancora degli stadj inoltrati di sifilide, cioè l'ioduro di potassio e i tonici, od associati o susseguiti dai mercuriali.

[1] Bouisson, op. cit.

CAPITOLO XV.

AFFEZIONI SIFILITICHE DEL SISTEMA NERVOSO.

Fra le affezioni del sistema nervoso le quali con maggiore o minore probabilità furono ascritte alla sifilide, si annoverano forme diverse di paralisi, di apoplessia, di epilessia, di disordini mentali, di disordini di sensibilità, di alterazione di memoria e di intelligenza, e di nevralgie. Queste affezioni possono procedere: —

A. Da carie, da necrosi, o da esostosi delle ossa della testa o della colonna vertebrale, le quali interessano secondariamente i centri nervosi o i nervi stessi.

B. Da lesioni delle meningi del cervello e della doccia spinale; le più frequenti delle quali sono i tumori gommosi che nascono dalla dura madre e che ledono il cerebro, il cervelletto o il midollo spinale.

C. Da tumori gommosi sviluppatisi nella sostanza del cervello, o lungo i nervi cranici.

D. Qualche volta, l'esame cadaverico non ci rivela lesione organica alcuna cui si possano riferire i sintomi nervosi; ma probabilmente queste lesioni esistevano precedentemente, e si dissiparono poscia, sia spontaneamente, sia, ciò che avviene più spesso, per effetto della cura. Ricord [1] cita un caso di emiplegia e di disordini mentali in un soggetto sifilitico, all'esame cadaverico del quale non si osservò nulla di insolito nè nel cervello, nè nelle ossa della testa. Sonvi altri autori che citano esempj simili.

Le affezioni sifilitiche del sistema nervoso, non presentano alcun tratto patognomonico pel quale si possa riconoscere il carattere loro specifico; e, fuor che in quei casi nei quali le lesioni distinte delle ossa del cranio, della faccia, e della spina, ci indicano manifestamente l'eziologia della malattia, non si può stabilire una

[1] Iconographie, Pl. XXXIX.

diagnosi fuor che colla storia del caso, coi sintomi concomitanti, e coll'effetto della cura. [1]

Nella mia pratica ebbi ad osservare i due seguenti casi di epilessia sifilitica:

Caso 1. — Il signor H., d'anni 36, venne da me il 22 ottobre 1856, per un'erosione superficiale a base leggiermente indurita alla superficie interna del prepuzio, e colla plejade inguinale d'ambo i lati indurita. Gli fu detto ch'era affetto da sifilide, fu immediatamente curato coi mercuriali; la piccola piaga guarì in poco tempo e le ghiandole perdettero molto dell'indurimento loro.

Quantunque si fosse mantenuta la bocca in uno stato dolente, irritato, per qualche settimana, e quantunque si sia continuata la cura fino ai primi del seguente aprile, pure il 21 maggio si notò un'eruzione papulosa con placche mucose sulle tonsille, e pustole sull'epicranio e fra i mustacchi. Si ricominciò la cura, ma tosto che questi sintomi furono dissipati, il Signor H., fu assai sregolato nel prendere le medicine e s'ebbe una recidiva nel seguente agosto. Allora si convinse della necessità di continuare fedelmente la cura per molto tempo, e si dichiarò dispostissimo a fare tosto quanto io gli avrei suggerito.

Mi determinai ad instituire la cura consigliata da Ricord, somministrando mercuriali al mio paziente per sei mesi, mantenendolo sempre prossimo alla salivazione; poi l'ioduro di potassio a larghe dosi per tre mesi. Il Sig. H., obbedì fedelmente alle mie istruzioni, e si mantenne abbastanza bene in salute e in forze sotto l'influenza deprimente dei mercuriali, i quali furono continuati a larghe dosi fin dove si poteva senza produrre salivazione, fino alla metà di febbrajo. Allora si incominciò a dare l'ioduro di potassio e lo si aumentò a poco a poco da quindici a quarantacinque grani al giorno; ma fu poi sospeso verso la metà d'aprile circa, un mese prima del tempo ch'era stato fissato; però siccome

[1] Lagneau figlio, pubblicò un grosso volume di 528 pagine in ottavo sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso; il lettore non deve quindi aspettarsi ch'io abbia quì in sì poco spazio a trattare completamente l'argomento. Chi bramasse altri particolari si rivolga all'opera citata dove troverà tutto quanto si sa al giorno d'oggi su questo argomento, compresi la maggior parte dei casi pubblicati dagli autori.

tutta la cura mercuriale era stata fatta a dovere, questa poca differenza di tempo si ritenne di lieve importanza affatto.

Il 2 maggio dello stesso anno 1858, dopo quindici giorni che s'era sospesa la cura attiva, venne da me il Sig. H., lamentandosi di cefalea frontale, la quale per quanto potei sapere, non era di carattere notturno, e che io attribuii alla soverchia occupazione negli affari specialmente ad ore tarde. C'era anche costipazione addominale.

La sera del 5 maggio, il Sig. H. ajutò a spegnere un incendio in una casa vicina, e il giorno dopo, mentre stava nel suo studio, fu assalito repentinamente da un accesso epilettico, susseguito prima della sera da altri cinque accessi. Lo vidi in diversi di questi, e trovai che presentavano i caratteri soliti dell'epilessia, cioè perdita di coscienza, moti convulsi, bava alla bocca, morsi della lingua, ecc., cui seguiva lo stupore per breve tempo.

In tre o quattro giorni si riebbe in modo da poter attendere a' suoi affari e si sentiva proprio bene, fuor di un po' di cefalea ancora e di una certa tendenza alla costipazione; ma al 21 dello stesso mese s'ebbe una distorsione dell'articolazione della gamba col piede e dovette mettersi a letto; il giorno appresso, 29, fu assalito nuovamente da epilessia, ed ebbe sei accessi come prima, innanzi sera. Da questa recidiva non potè riaversi come l'altra volta, e restò in uno stato di eccitamento, quasi di mania. Per alcuni momenti pareva conversare ragionevolmente e con legame, poi erompeva gridando a tutta voce, parlando in modo affatto insensato; anche la memoria lo abbandonò quasi affatto, certe volte anzi sembrava non riconoscere più gli amici che gli stavano intorno. Faccio qui osservare che il Sig. H. era uomo di abitudini assai moderate, e che, quantunque di temperamento nervoso, prima d'ora non aveva mai sofferto alcuna affezione cerebrale.

Mi nacque allora il dubbio che questi sintomi dipendessero da lue sifilitica, ma a me stesso risposi in modo negativo, partendo dall'idea che il paziente aveva appena finito una completa cura antisifilitica; onde nello stato presente non mi fidava di ricorrere ancora ai mercuriali. Gli raccomandai pertanto di tenersi tranquillo fuor dagli affari; e di far ogni giorno una corsa in carrozza, gli applicai un setone alla parte posteriore del collo, e gli prescrissi il valerianato di zinco insieme all'estratto di josciamo internamente, oltre a qualche catartico richiesto dal bisogno. Questa

cura però ebbe poco effetto, il setone gli era di tale incommodo e sembrava accrescergli talmente l'irritabilità che fui costretto a toglierlo via; non ricomparvero gli accessi quantunque ne fosse minacciato diverse volte; ma il suo stato quasi maniaco continuò con poco miglioramento fino al 17 giugno; allora lo consigliai a recarsi in campagna per cambiare aria e scena. Colà migliorò quasi impercettibilmente; era tormentato ancora dalla cefalea e a quando a quando eccitabilissimo.

Verso la metà d'agosto si manifestò una psoriasi sifilitica sulle gambe e sul tronco; onde ritornai alla mia prima supposizione sulla natura di questi disordini risguardandoli come sifilitici. Ricominciai immediatamente col protoioduro di mercurio e coll'ioduro di potassio; e i sintomi cerebrali migliorarono in modo veramente sorprendente, sì che il paziente potè ritornare a'suoi affari verso la fine di agosto, con facoltà mentali completamente sane.

D'allora s'occupò assai attivamente della sua professione e sempre in buona salute; fuor di due occasioni nelle quali ebbe ancora una leggiera eruzione sifilitica preceduta da abbattimento mentale e da eccitabilità nervosa. In tali circostanze il mercurio agì come per incanto, dissipò l'eruzione, ravvivò lo spirito e ristabilì la salute generale.

Sotto molti rapporti questo caso è veramente singolare. Il vantaggio si deciso che si ebbe sempre dall'uso dei mercuriali, eppure le molte recidive che si succedettero, sono affatto insoliti. Impiegai diversi preparati di mercurio e diversi modi di amministrarli, fra gli altri le fumigazioni mercuriali, ma senza averne un vantaggio duraturo. Anche la patologia dell'affezione nervosa è oscura, poichè i sintomi furono sempre dell'ordine del periodo secondario e non tali che accennassero a lesioni dei tessuti o fibroso od osseo. La facilità colla quale cedevano ai rimedj, farebbe supporre una affezione nei ventricoli od alla base del cervello. Faccio notare che anche l'orina fu esaminata ripetutamente e non vi si trovò mai nulla di insolito; nè c'era alcun indizio di malattia nè nei reni, nè in altri organi.

Caso 2. — Il Signor W. d'anni 38, di condizione agiata, di costituzione debole, ma tristamente dedito al bere, ricorse a me il 14 giugno 1860, per un'eruzione eritematosa sull'addome, con placche mucose sulla lingua, dipendenti da commercio impuro avuto

tre mesi prima. Aveva ancora un nodo d'indurimento nel sito dell'ulcero alla solcatura della base del glande; anche i ganglj inguinali erano induriti. Coll'uso del protoioduro di mercurio l'eruzione scomparve in quindici giorni. Io insistei perchè avesse a continuare la cura; egli promise che lo avrebbe fatto, ma non lo vidi più allora, e seppi più tardi ch'egli aveva continuato a prendere le medicine solo per pochi giorni dopo l'ultima visita.

Lo rividi poscia il 14 ottobre; egli viveva in stravizzo da quindici giorni circa, durante il qual tempo non era andato a casa ed aveva dormito in camere da locanda. Io trovai in esso un individuo che mi fece veramente disgusto e pietà insieme. I capegli naturalmente neri quando lo lasciai l'ultima volta, ora di una tinta grigio ferro; la testa coperta da un'eruzione pustulo-crostosa disposta a cerchj ed a segmenti di cerchio; allo esterno una larga placca della medesima eruzione; le ghiandole cervicali posteriori assai ingorgate; la superficie interna del labbro inferiore coperto da placche opaline; dalla voce si capiva che c'erano ulcerazioni nelle fauci; i palmi delle mani presentavano degli anelli color cupreo elevati, squammosi; le unghie di ciascun dito delle mani ulcerate alla base ; la parte superiore e interna delle cosce riccamente coperte di condilomi, la secrezione dei quali empì la camera di odore disgustoso.

In questo giorno e nei due seguenti, il paziente ebbe sei od otto accessi epilettiformi, caratterizzati dalla perdita di coscienza, da moti convulsivi, e da bava alla bocca; nel frattempo fra l'uno e l'altro era perfettamente presente a sè stesso, e non presentava maggior agitazione nervosa di quella che si vede comunemente dopo uno stravizzo.

Fu curato colle unzioni mercuriali e coll'amministrazione interna del chinino e di qualche sedativo, insieme ad una dieta nutriente; ai primi di dicembre il Signor W. partì pel Sud, interamente guarito d'ogni forma sifilitica.

Fin dalla prima edizione di questa mia opera ebbi ad osservare diversi altri casi di convulsioni epilettiformi, diversi esempj di paraplegia e di emiplegia in individui sifilitici, e dipendenti, a quanto pare, dalla lue costituzionale, poichè coll'uso dei rimedj specifici migliorarono più o meno completamente.

CAPITOLO XVI.

AFFEZIONI SIFILITICHE DEL PERIOSTIO E DELLE OSSA.

Codeste affezioni stanno fra le più tarde manifestazioni della lue sifilitica, e le si possono considerare quali tipi di sifilide terziaria. Esse non si osservano necessariamente in tutti i casi di sifilide, anche abbandonati a sè stessi senza cura; poichè la malattia generalmente si consuma da sè prima di giungere al periodo terziario. L'idea emessa da alcuni, che queste affezioni dipendono dal mercurio anche giudiziosamente adoperato, è affatto senza fondamento. Generalmente anzi è necessario questo minerale insieme all'ioduro di potassio per ottenere la guarigione duratura; e non favorirà l'evoluzione della sifilide terziaria, fuor che quando lo si spinge fino a detrimento della salute generale.

Le lesioni terziarie seguono, in ordine cronologico di sviluppo, le lesioni secondarie, oppure coincidono colla ultime forme secondarie. L'assoluto intervallo di tempo trascorso dal contagio al momento del loro comparire, varia molto a seconda dei diversi casi, e dipende specialmente da particolarità individuali, dal modo di vita del paziente, e dalla cura cui fu sottoposto. Spesso questo frattempo è di qualche anno, e, secondo la regola di Ricord senza dubbio corretta, assai di rado, quando pure, è minore di sei mesi.

Ebbi ad osservare alcuni casi nei quali parve che la sifilide saltasse via il periodo secondario, manifestandosi solo con forme primarie e terziarie. Un individuo si prese un ulcero, per esempio, e dopo qualche anno di apparente buona salute, si ammalò di sintomi terziarj, quali sarebbero: dolori osteocopi, osteiti, o tubercoli del tessuto cellulare profondo. In questi casi, il paziente fu sottoposto a cura mercuriale per la lesione primaria, la qual cura impedì che si manifestassero le forme secondarie ma non fu sufficiente

a distogliere le terziarie; oppure ebbe sintomi secondarj di sì lieve carattere da sfuggire inosservati. Come io mostrai a lungo in un capitolo precedente, i sintomi generali di sifilide, quando non si faccia cura specifica, si manifestano sempre entro sei mesi, per lo più entro tre mesi dal contagio.

Nella maggior parte dei casi i processi morbosi che la sifilide ordisce nel periostio e nelle ossa, sembrano essere eguali a quelli indotti da altre cause. Così, noi vediamo l'infiammazione del periostio e del sottoposto strato osseo, terminare con una effusione di materia siero-albuminosa o purulenta, in altre parole, formare un ascesso, che alla fine per assottigliamento ed ulcerazione degli integumenti, s'apre all'esterno. Così, la sifilide dà luogo sovente ad osteiti che terminano colla suppurazione, la carie e la necrosi, da non potersi distinguere dagli stessi effetti prodotti da cause di infiammazione non specifiche. Quasi sempre però le affezioni sifilitiche di questi tessuti offrono quell'inclinazione pronunciata all'effusione di materiale plastico, che noi accennammo parlando delle ulcerazioni terziarie delle vie aeree. Così il deposito avventizio dei nodi, si trasforma spesso in vero tessuto osseo (esostosi epifisiarie); e l'osteite sifilitica dà luogo spesso ad escrescenze sull'osso medesimo (esostosi parenchimatose); o può avere per risultato una ipertrofia generale (iperostosi). Quando la sifilide affetta il periostio e le ossa, è anche causa certe volte che vi deponga un materiale come quello conosciuto col nome di tubercolo sifilitico, e che si trova nelle gomme d'altre regioni. Resta ancora da determinare esattamente, se questi diversi cambiamenti debbonsi considerare distinti o come stadj di uno stesso processo; la scienza non arriva ancora fin là.

Dolori osteocopi. — I dolori nelle ossa, quelli che appartengono alla sifilide terziaria, differiscono da quelli che si osservano sul principio del periodo secondario, perchè sono limitati a certe regioni, e perchè non cambiano mai la loro località. La sede favorita di questi dolori è in quelle ossa che più s'avvicinano alla superficie, quali sarebbero: la tibia, l'ulna, la clavicola, lo sterno e il cranio; non ne va però esente nessuna porzione dello scheletro. Colla pressione s'aumentano quasi sempre, altre volte non cam-

biano. La singolarità che più colpisce in questi dolori, è il loro distinto carattere notturno. Durante il giorno per lo più o mancano o sono affatto leggieri, ma ritornano alla notte assai acerbi quando il paziente è a letto, e non diminuiscono che alla mattina. Ricord attribuisce questo esacerbamento notturno al calor delle coltri, perchè nei fornaj che pel loro mestiere fanno notte del giorno e giorno della notte, i dolori sono principalmente diurni. Questa spiegazione però non pare sia buona in tutti i casi; poichè in alcuni i dolori ritornano ad una data ora nella sera, che il paziente sia poi a letto no, e in altri pochi sono gravi tanto di notte che di giorno. I dolori osteocopi terziarj sono spesso solamente sintomatici di alterazioni che incominciano nel periostio e nelle ossa, le quali alterazioni, quando non si faccia cura conveniente, si manifestano per lo più entro qualche mese. Altre volte persistono per un lungo periodo di tempo senza che si possa trovare alcuna lesione organica; anche allora però si può dubitare che siano affette o le parti profonde dell'osso, o la membrana che riveste il canale midollare.

I dolori osteocopi cedono facilmente all'uso interno dell'ioduro di potassio, ma ritornano anche assai facilmente. La guarigione duratura non si ottiene per lo più, che ponendo una scrupolosa attenzione alla salute generale, e valendosi giudiziosamente dei mercuriali. Curai sovente dei malati i quali, obbligati da anni a prendere l'ioduro di potassio ogni pochi mesi per alleviare i dolori terziarj, cessarono di essere incommodati da queste recidive dopo una cura mercuriale, fatta o per bocca, o con fumigazioni, o con unzioni. In questi casi giovano specialmente le fumigazioni e le unzioni mercuriali.

NODI. — A formare i nodi concorre senza dubbio l'infiammazione della parte superficiale dell'osso sottoposto, ed anche del periostio stesso; quantunque il deposito avventizio che costituisce l'ingrossamento si effonda principalmente da quest'ultimo tessuto. Questi tumori hanno una spiegata preferenza per le ragioni già accennate, che sono pur anche preferite qual sede dei dolori osteocopi.

I nodi sono più frequenti sulla superficie interna della tibia e sulle ossa della testa; ma si vedono anche sulla clavicola, sullo

sterno, sulle coste, sul radio, sull'ulna, ecc.; cambiamenti simili possono aver luogo anche al disotto della membrana che riveste il canale midollare delle ossa lunghe, e fra la dura madre delle ossa del cranio. Quando hanno sede sulle ossa superficiali, i nodi si presentano a guisa di tumori a contorno irregolare, aderenti al tessuto osseo sottoposto, generalmente dolenti alla pressione, causa di gravi dolori notturni, non accompagnati per lo meno sul principio da rossore dell'integumento, il quale è mobile al di sopra di essi, e non viene interessato che più tardi col progredire del tumore. Esaminando l'interna struttura, si vede che nella sostanza del periostio si determinò un infiltramento, onde è injettato, più denso, e sollevato dall'osso. In alcuni casi l'effusione è di pus, che dopo un certo tempo trova esito per via di qualche ulcerazione dell'integumento e lascia esposto l'osso, che sovente si caria e si esfoglia. Altre volte l'effusione consiste di un fluido giallastro, gelatinoso, che contiene dei corpuscoli di grasso in abbondanza, riconoscibili al microscopio, e racchiusi in una rete di tessuto cellulare. Questa varietà, che per lo più si risolve poi, rassomiglia al deposito di gomme che si osservano nel tessuto cellulare, nei muscoli, in molti visceri, e che furono chiamate periostosi gommose. Ricord [1] riferì e diede la figura di un caso di periostosi alla superficie interna della tibia; c'era deposito di materiale gommoso nella porzione corrispondente della cavità midollare dell'osso, e nella sostanza del vicino muscolo tibiale posteriore, non che ipertrofia semplice di questa parte del corpo della tibia.

In una terza varietà che è la più comune, il tumore è duro e fisso; il dolore notturno è eccessivo; e il fluido contenuto, di carattere plastico, prende maggior consistenza e dà spesso origine ad una esostosi, che dapprima è separata dall'osso per mezzo di un tessuto cartilagineo, e subisce poi un processo di ossificazione.

Le esostosi epifisarie come furon dette, sono in genere di piccol volume, qualche volta sottili e piatte, qualche volta emisferiche od attaccate per un peduncolo. — Quando incominciano, esse consistono di tessuto cellulare, con una rete di vasi bene sviluppati.

[1] Iconographie, Pl. XXVIII, bis.

Vanno prendendo maggior consistenza, e alla fine presentano una tessitura eburnea. Arrivati a questo punto non è più possibile la risoluzione, il tumore resta stazionario, e la cura non ha altro effetto fuor che quello di alleviare i dolori osteocopi. Se si può ottenere la risoluzione sul principio, la superficie loro dapprima liscia, diventa irregolare e ci indica che vi succede un parziale assorbimento. Certe volte questo assorbimento continua anche dopo scomparso tutto il tumore, e allora all'esostosi succede l'atrofia locale dell'osso.[1] — In altri casi l'esostosi sifilitica non è preceduta dalla periostosi, ma è il risultato di una osteite che termina coll'ipertofia del tessuto normale dell'osso, nel quale caso vien denominata esostosi parenchimatosa.

È raro che l'esostosi situata esternamente sia di tale incommodo o di tale deformità da richiedere l'esportazione, fuor che in circostanze speciali, quale fu il caso di un violinista che aveva un tumore di questa natura sporgente dal metacarpo in modo che gli impediva di suonare il suo istrumento; fu operato da Ricord.

Ma le esostosi possono anche sporgere dalla superficie interna delle ossa del cranio e dar luogo a sintomi di carattere seriissimo, convulsioni, e forme varie di paralisi. L'osso frontale è quello che ne è affetto più di frequente degli altri. Lagneau[2] nel suo bellissimo trattato sulle affezioni sifilitiche del sistema nervoso, potè raccogliere tre casi di esostosi che sporgevano dal parietale, ed uno dell'osso sfenoide; pare che non ne abbia osservato alcuno che avese sede all'occipitale o al temporale. Queste esostosi intracraniche sono di volume assai diverso. Saltzman[3] riferisce il caso di un tumore che occupava l'interna superficie di un osso parietale, incominciava a due dita traverse dalla sutura sagittale, e si estendeva alla sutura coronale di contro al temporale; il paziente morì con sintomi di apoplessia. Nel cranio di Clermont-Ferrand,[4] depositato nel Museo Dupuytren, si vedono due esostosi una delle

[1] NÉLATON, Pathologie chir. T. II, p. 16.

[2] Maladies Syphilitiques du Système Nerveux, par GUSTAVE LAGNEAU, FILS, Paris, 1860, p. 45.

[3] Acta Phys. Med. Academiæ Ces.-Leop. Carol. Naturæ Curiosorum Ephemerides, Norimbergæ, 1730, T. II, p. 222, obs. 99, (Vedi l'opera di Lagneau, p. 361).

[4] Rappresentato da VIDAL, Pathologie Externe, 5. ediz. T. II.

quali ha la grossezza di un arancio. In generale però questi tumori sono più piccoli e spesso molteplici. Variano anche nella densità loro; alcuni presentano un tessuto duro, eburneo, altri sono cellulari. La maggior parte di essi sporgono direttamente dalla superficie dell'osso (esostosi parenchimatose); infatti si negò l'esistenza delle esostosi epifisiarie nel cranio, ma Vidal[1] dà la figura di un simile esempio che sta nel Museo Dupuytren, nel quale esempio il tumore è separato dal tessuto sano mediante una linea distintissima di separazione.

Le esostosi sifilitiche delle vertebre, o esterne o nel canale vertebrale, sono rare; ma Lagneau ne addusse diversi esempj riferiti da Cloquet e Bérard, da Godelier, da Piorry e da Minich.

La cura più sopra consigliata pei dolori osteocopi, è egualmente applicabile ai nodi, i quali in genere cedono molto facilmente all'ioduro di potassio; dopo però è necessaria una cura mercuriale onde essere sicuri per l'avvenire. La miglior cura locale è quella che Ricord porta a cielo, cioè la ripetuta applicazione di vescicanti che si possono medicare con unguento che contenga morfina od oppio in polvere. Per regola generale non si deve aprire il tumore, anche quando la fluttuazione è palese, poichè quasi sempre se ne ottiene la risoluzione coi mezzi indicati; e d'altronde lasciando l'osso esposto, è facile che succeda o carie o necrosi nello strato superficiale di esso.

Carie o necrosi. — La carie e la necrosi sifilitica possono aver origine: —

A. Dall'ulcerazione delle parti molli vicine alle porzioni d'osso affette. Il processo ulcerativo interessa il periostio o il pericondrio; l'osso o la cartilagine, privati così di alimento vascolare, perdono la loro vitalità. Questo è il solito modo di origine della carie e della necrosi del palato duro, degli ossi del naso, e della cartilagine tiroidea; più di raro gli ossi superficiali, quali sarebbero la clavicola, lo sterno, il cranio, e la superficie interna della tibia,

[1] Op. cit. T. II.
[2] Op. cit. p. 193.

si ammalano nella stessa guisa, in conseguenza di ulcerazione dei comuni integumenti.

B. Dal suppurare e dall'aprirsi dei nodi, onde resta l'osso scoperto a nudo e intercettata la comunicazione vascolare.

C. Da infiammazione suppurativa del tessuto osseo, indipendentemente da qualunque affezione delle parti esterne.

La carie e la necrosi non si limitano a date parti dello scheletro; sono però più frequenti nelle ossa superficiali. Quantunque preferiscano il corpo delle ossa lunghe, certe volte interessano anche le vicinanze delle articolazioni, dove non si possono distinguere dagli effetti della scrofola, fuor che colla storia del caso e coll'esame dei sintomi presenti.

L'infiammazione delle ossa del cranio la quale finisce colla carie e colla necrosi, incomincia per lo più alla parete esterna, qualche volta all'interna, si osserva più di frequente all'osso frontale, alcune volte si esfoglia più o meno una tavola ossea, lasciando illesa la diploe e la tavola opposta. In un caso osservato da Dupuytren [1] erano necrosati due terzi della tavola interna del cranio; e in un altro riferito da Pétrequin [2] tutta la tavola esterna dell'osso frontale era esfogliata. Più di frequente, quantunque la tavola esterna sia interessata per un maggior tratto, la diploe e la tavola interna sono perforate in uno o più punti, lasciando scoperta la dura madre, la quale se l'apertura è larga, può sporgere all'infuori o serbando i suoi caratteri consueti, od assumendo un aspetto assai vascolare e fungoso.

Quando la malattia incomincia alla tavola interna del cranio, i prodotti infiammatorj e le parti di osso necrosate, qualche volta escon fuori dalla perforazione delle parti esterne; oppure, si raccolgono fra l'osso e la dura madre, comprimono il cervello, o sono causa di encefalo-meningite e di disorganizzazione della sostanza cerebrale. Più in quasi tutti i casi di malattia sifilitica delle ossa del cranio, la faccia interna o cerebrale della dura madre, presenta degli strati sottili di deposito fibrinoso od emorragico, che facilmente si staccano dalla superficie. [3]

[1] Clinique de l'Hôtel-Dieu; Transactions Médicales, par MM. Forget et Sandros, Paris, 1832, T. X., p. 269 (citato da Lagneau, op. cit., p. 403).
[2] Gaz. Méd. de Paris, 1836. T., IV, p. 643.
[3] Virchow, Sifilide costituzionale, p. 50.

Virchow [1] dice che la necrosi prodotta da sifilide si distingue da quella che dipende da altre cause a motivo del sequestro, bucarellato da larghi fori, e d'aspetto come rosicchiato da vermi. — Nella necrosi sifilitica la superficie del sequestro è perforata da ampj pertugi, che si uniscono internamente, e fanno sospettare che vi debba essere stato un deposito di materiale gommoso; la superficie interna, necrosata o no, è sovente densa ed eburnea, ed offre un contrasto assai distinto coll'altra suddetta. —

Lo stesso autore [2] descrisse tra le affezioni sifilitiche delle ossa, una forma di carie senza suppurazione cui diede il nome di *carie secca* od *atrofia infiammatoria della sostanza corticale dell'osso,* e ch'egli crede dipenda dalla compressione esercitata dai depositi di materiale gommoso.

Nelle persone affette da sifilide terziarie si notò anche l'estrema fragilità delle ossa. Mi ricordo di un individuo che alcuni anni sono era in mia cura per necrosi sifilitica delle ossa della testa, il quale si fratturò il femore, semplicemente nel voltarsi pel letto. In poche settimane morì per esaurimento, ma non si ebbe l'opportunità di farne il reperto cadaverico.

Non è necessario il ripetere le istruzioni che abbiamo già date per la cura costituzionale della sifilide terziaria, la quale comprende pur quella delle affezioni sifilitiche delle ossa. Nell'osteite incipiente, gioveranno i vescicanti localmente, da medicarsi volendo, coll'unguento mercuriale, come consiglia Ricord.

— Determinandosi la suppurazione o la carie, specialmente delle ossa della faccia che si necrosano sì facilmente in questi casi, non mancheremo mai di separarle quanto più presto possiamo, dalle parti sane. Ricordiamoci che la carie genera carie; che quando il tessuto organico di un osso si distrusse per suppurazione o perdette la vitalità, non può essere rigenerato da nessuna cura costituzionale o locale qualsiasi; e che non dobbiamo mai abbandonarne i frantumi, i *débris*, all'evoluzione spontanea, poichè non sono che corpi stranieri, mantengono quindi ed estendono la suppurazione, la quale, interessando parti importanti, può dar luogo a sintomi gravissimi, od anche alla morte. — [3]

[1] Op. cit. p. 49.
[2] Op. cit. p. 37.
[3] Ricord, Note all'Hunter.

CAPITOLO XVII.

SIFILIDE CONGENITA.

La sifilide acquisita durante la vita intrauterina, fu diversamente designata coi nomi di congenita, di ereditaria, di infantile. Parmi che il primo di codesti nomi sia il più conveniente, poichè esso comprende quei casi di malattia derivata da una o da ambidue i genitori al tempo della concezione, come pur quelli di malattia comunicata per via della madre al feto, durante la gestazione; esclude al tempo stesso gli esempj di malattia contratta durante il parto o poi, e allora la malattia prosegue lo stesso decorso che tiene negli adulti.

Eziologia. — La sifilide congenita può derivare da ambidue i genitori, dalla madre sola, dal solo padre. In ogni caso non è necessario che il genitore od i genitori, dai quali ha origine la malattia, presentino forme sifilitiche; basta che ci sia l'infezione sifilitica solamente; non mancano casi, e numerosi, di persone nei quali l'infezione restò latente per diversi anni, e che pure ebbero figli sifilitici.

Quando ambidue i genitori sono infetti da sifilide, e quando oltre a ciò essi non furono sottoposti a nessuna cura generale, si può esser certi di vedere la sifilide nella loro prole. Quando l'uno dei genitori od ambidue subirono una cura conveniente, oppure quando uno solo dei due è sifilitico, il figlio può ancor nascere sano.

Può darsi che il feto venga infetto per via della madre solamente, sia che costei abbia contratto sifilide prima della fecondazione, sia che l'abbia contratta dopo.

Se la madre contrasse sifilide prima della concezione, ciò è sufficiente perchè ella possa dare in luce un bambino sifilitico da un

padre perfettamente sano. Per esempio, una vedova che sia stata infetta dal primo marito, maritandosi ad un secondo uomo sano, può dare in luce figli sifilitici; oppure una donna che abbia contratta sifilide allattando un bambino sifilitico, può partorire bambini sifilitici il cui padre sia sanissimo.

Può nascere un bambino sifilitico da una madre che abbia contratta sifilide dopo la concezione. Se ne citano numerosi esempj, ed io ne ho già riferito uno osservato nella mia pratica privata; la malattia fu comunicata dal marito alla moglie, verso la fine del quinto mese di gravidanza.[1] Generalmente però si ammette che il pericolo pel feto sia minore d'assai durante gli ultimi mesi di gestazione che non nei primi; e Diday[2] dall'analisi di undici casi, conclude che: la sifilide contratta dalla madre dopo la fine del settimo mese, non produsse mai sifilide nel feto. Se questo fatto verrà ad essere confermato da ulteriori osservazioni, come soggiunse lo stesso autore, diventerà di molta importanza pratica, poichè allora, nei casi di sifilide contratta da una donna gravida all'ottavo o al nono mese, potremo far senza della cura mercuriale generale fin dopo il parto; come pure potremo confidare tranquillamente il bambino nato da codesta donna ad una balia, senza pericolo di infettare la balia.

La sifilide nel padre, può essere origine di sifilide nel feto, senza precedente infezione della madre. Nella maggior parte dei casi di sifilide ereditaria, dovuta primamente a malattia nel padre, troviamo che la madre pur essa venne infetta o prima o durante la gravidanza. Si riferiscono anche numerosi casi nei quali la madre stette perfettamente sana per lungo tempo dopo il parto; nei quali casi la malattia nella prole deve esser derivata dal padre solo. Poichè, onde un padre trasmetta sifilide al figlio, non è necessario ch'esso al tempo della fecondazione abbia sopra di sè medesimo la più piccola manifestazione sifilitica. Può darsi ch'egli abbia recentemente contratto un ulcero, e che al tempo della fecondazione si trovi nel periodo d'incubazione dei sintomi secondarj; oppure può darsi ancora che la malattia sia apparentemente domata in

[1] V. pag. 56.
[2] De la Syphilis des Nouveau-nés, p. 40.

forza del trattamento, ancorchè siano trascorsi diversi anni di apparente buona salute. L'esistenza del veleno, anche latente, nel padre o nella madre, *può* generare sifilide nella prole.

Supposero alcuni autori che, se un uomo affetto da sifilide abbia gli amplessi di una donna gravida, il seme venga assorbito, e direttamente trasportato al feto, infettandolo così, senza comunicare la malattia alla madre. È questa una supposizione sì strana che non la possiamo ammettere fuor che appoggiati a fatti di piena evidenza: e mi fa meraviglia che sia favorita da Diday, il quale non seppe addurre in appoggio che un sol fatto riferito da Albert, ed anche questo fatto assai insufficiente. L'analogia che Diday e Lawrence vollero trarre dal fatto del vajolo nel feto di madre che ne fu esente, è tutt'altro che conclusivo, poichè il veleno del vajolo è volatile, e quindi facilmente assorbito per via delle mucose sane degli organi respiratorj; mentre il virus sifilitico non si comunica che per contatto, giammai per quanto io sappia, senza produrre ulcerazione al punto del suo ingresso nell'organismo. Evidentemente, la trasmissione della malattia e dei caratteri fisici e morali dal padre all'ovo nella fecondazione, non vuol dire, in mancanza di altre prove, che sia vera l'improbabile supposizione che un uomo, il quale abbia commercio sessuale con una donna a qualunque periodo di gravidanza, possa comunicare al feto di costei ancora, e malattia ed altri tratti caratteristici. Se così fosse, la prova della paternità sarebbe spesso di un carattere estremamente dubbio.

Quantunque la sifilide acquisita dopo aver lasciato l'utero materno, non sia propriamente compresa nella sifilide congenita od ereditaria, pure non saranno quì fuori di posto alcune osservazioni sull'argomento.

Uscito fuori dall'utero, il bambino trovasi esposto alle medesime fonti di contagio come gli adulti, tranne l'amplesso volontario. Nella via ch'esso percorre passando nel mondo esterno, il feto trovasi abbastanza bene difeso dall'inoculazione probabile di quella qualunque lesione sifilitica degli organi genitali della madre, mediante uno strato sebaceo che copre tutta la superficie cutanea del nuovo essere; e quantunque il contagio in tal modo non sia impossibile nè improbabile, pure, secondo Diday, non se ne riferì ancora nessun esempio soddisfacente.

Più tardi i bambini contraggono spessissimo sifilide dalle balie,

esse pure affette dalla malattia con una lesione o primaria o secondaria sul seno. Negli esempj di contagio trasmesso da una balia al lattante, la piaga sul seno della nutrice è quasi sempre un ulcero, accompagnato da indurimento dei ganglj ascellari, e derivato in origine da una placca mucosa della bocca di qualch'altro bambino cui aveva dato latte: altre volte, la sorgente del contagio è la secrezione di una lesione secondaria. Rimando il lettore a pag. 214 di questo volume, per relazioni più ampie quanto ai fenomeni del contagio secondario.

Quantunque non sia improbabile che il latte possa avere qualche influenza nella trasmissione della sifilide ai bambini lattanti, pure non si conoscono ancora fatti di simil genere, talmente conclusivi da poter ammettere senza dubbio questo modo di contagio.

TRASMISSIBILITA'. — Vedemmo che un uovo sano al tempo della concezione può diventare infetto durante la maggior parte del periodo di gestazione, qualora la madre contragga sifilide. Questa influenza dalla madre al feto, per altro è mutua, poichè un feto contaminato dal padre sifilitico può comunicare la stessa malattia alla madre, che pur era sana al momento della fecondazione. Il primo che abbia fatto cenno di infezione della madre per via del feto, secondo Hutchinson, fu Gardien[1] nel 1824; il qual fatto fu poscia ammesso da quasi tutti gli autori recenti di sifilografia, fra i quali Ricord, Diday, Depaul, Acton, Harvey, Tyler Smith, e Balfour; però non s'ha a ritenerlo come conseguenza necessaria della contaminazione dell'uovo per parte di un padre infetto; e, come nei tredici casi riferiti da Victor de Méric, una madre può dare in luce un bambino sifilitico, eppur non presentar mai la più piccola traccia che ci dica ch'ella pure è infetta. La contagiosità delle forme secondarie, ormai ammessa senza dubbio, spiegherà probabilmente i molti casi di una moglie che restò infetta senza che il marito non avesse alcuna piaga primaria; i quali esempj sono fin qui considerati, specialmente dai seguaci delle prime idee

[1] Traité des Accouchements.
[2] Lettsomian Lectures, p. 65.

di Ricord, quali esempj di comunicazione della malattia pel tramite del feto.

Poichè sono frequenti le placche mucose sulla mucosa della bocca, ed è frequente il contatto tra la bocca e il seno nell'allattamento, gli esempj di comunicazione di sifilide secondaria da un bambino affetto da sifilide ereditaria, sono assai più numerosi che non quelli da adulti. In Francia dove è comune il mandare i bambini dalla balia in provincia, venne così trasportata la sifilide in alcuni villaggi dove prima era affatto sconosciuta.

Simili esempj ripetuti frequentemente indussero Diday ad ammettere, nella sua opera sulla sifilide dei bambini, che la sifilide ereditaria abbia una virulenza particolare e poteri di contagio maggiori di quelli della sifilide acquisita; distinzione ch'egli poi abbandonò quando fu dimostrata la contagiosità delle forme secondarie in generale.

Sulla facilità di contagio delle forme di sifilide ereditaria, bisogna fare un'importante osservazione, la quale nacque già dapprima nella mente acuta di Abramo Colles di Dublino; ed è che, quantunque la malattia venga spesso comunicata da un bambino ad una balia, pure non si è mai saputo di una madre restata infetta coll'allattare la propria prole. Questo fatto che dapprima pare singolare, è quasi sempre spiegabilissimo; non è che un esempio della *unicità* della diatesi sifilitica. Poichè la madre fu già contaminata o direttamente dal padre del feto, o indirettamente per via del feto *in utero*, essa è quindi difesa contro una seconda infezione; e quand'anche non presenti alcuna traccia di lue sifilitica, ella deve esservi stata esposta nel tempo della gravidanza, e la immunità sua si deve ascrivere ad una costituzionale indisposizione al contrarre la malattia. In altre parole, la madre durante la gravidanza si trovò esposta all'infezione nel maggior grado cui poteva trovarsi, col feto vivo e sifilitico nell'utero; or se queste condizioni fossero state sufficienti a infettarne l'organismo, lo avrebbero fatto prima della nascita del bambino.

Aborto. — La sifilide è causa sì frequente dell'espulsione prematura del feto, che l'aborto ripetuto è elemento diagnostico importante nelle ricerche dei casi sospetti di codesta malattia nei

matrimonj. Certe volte si è supposto che la causa degli aborti in questi casi non fosse già la lue sifilitica, bensì la cura mercuriale cui fu sottoposta la madre. Questa per altro è un'opinione sbagliata. La diligente amministrazione del mercurio ad una donna gravida affetta da sifilide, impartisce al figlio di essa la più sicura garanzia. È assai raro che questo minerale produca l'aborto, fuorchè quando è dato senza giudizio, e in modo tale da irritare lo stomaco e le intestina.

Quando ambidue i genitori al tempo della fecondazione sono affetti da sifilide, e la madre non subisce una cura conveniente nei primi mesi di gravidanza, è raro che il feto venga portato fino a completa gravidanza. Quando è affetto uno solo dei genitori, è ragionevole il supporre con Diday, che l'influenza della madre, dalla quale il feto deriva la sua nutrizione, sarà maggiore di quella del padre; Prieur, Lloyd, Wade, Maisonneuve e Montanier sostengono il contrario.

In quasi tutti i casi di aborto per sifilide, la salute generale della madre trovasi in buonissima condizione, onde non si può dire che la morte e l'espulsione del feto dipendano da una deficiente quantità di nutrimento. Spesso ci vien spiegato questo fatto dell'aborto, abbastanza bene, dalle alterazioni che troviamo coll'esame cadaverico, nella ghiandola timo, nei polmoni, nel fegato, delle quali alterazioni ci occupiamo ora.

Le ricerche del Dottore Roberto Barnes lo persuasero che certe volte l'immediata causa dell'aborto sta nella degenerazione adiposa dei tessuti materni e fetali della placenta, risultato di nutrizione difettosa. — In una placenta affetta da degenerazione adiposa, i lobi della placenta si presentano alterati, alcuni di essi hanno un color giallo di grasso, sono fragili, non hanno sangue; il resto presenta i caratteri soliti. Esaminando poi minutamente, si vede che i villi sono scintillanti, duri, adiposi, e non si espandono posti nell'acqua com'è dei villi di una placenta sana. Esaminati i villi al microscopio, si vedono delle sferule e delle goccioline di materia grassa e di olio. Il grasso trovasi specialmente nelle cellule dei villi, e nelle pareti dei vasi sanguigni dei villi stessi. Quando c'è degenerazione adiposa dei vasi a qualunque grado, i vasi non trasportano più i globuli sanguigni. I villi e

i cordoncini vascolari affetti da degenerazione, sono nodosi e difformi.[1] —

L'aborto da sifilide è più frequente verso il sesto mese di gestazione; però non è limitato a questo periodo. Ricord dice che l'aborto avviene più presto quando il germe della malattia dipende dal solo padre.[2]

PERIODO DI SVILUPPO. — Quasi sempre un bambino affetto da sifilide congenita non presenta, quando nasce, alcuno dei sintomi soliti della malattia, come si vedono spessissimo nei soggetti di sifilide acquisita; bensì il bambino nasce in apparenza sano ed anche in condizioni di robustezza. Quando si nota a questo periodo qualche traccia del manifestarsi della lue ereditaria, si osserva per lo più un'eruzione di pemfigo, oppure sono lesioni degli organi interni, che si incontrano di raro negli adulti. Questa è la regola generale, non però immutabile. Sir Astley Cooper osservò diversi casi di eruzione color di rame al palmo delle mani, alla pianta dei piedi, e sulle natiche, quando venne in luce il bambino. Gilbert riferì un caso di pustule piatte bruno-rosse (condilomi), sul dorso, sulle natiche, sulle cosce, e un altro di una eruzione simile intorno alle natiche; ambidue i bambini non vissero che qualche dì. Guerard osservò un caso di macchie bronzate che ognuno avrebbe riconosciute per sifilitiche; Landman ne osservò un altro di macchie color di bronzo sul corpo e condilomi sulle grandi labbra. Simon riferì il caso di una donna affetta da sifilide, la quale abortì ripetutamente verso il settimo o l'ottavo mese di gravidanza, e ad ogni volta il feto nato morto presentava tracce manifeste di sifilide; Deville riferì un altro caso di numerose placche assai distinte in diverse parti del corpo; Bouchut uno di una bambina nata a sette mesi e mezzo, che presentò placche mucose e pustule di color bruniccio rosso o cupreo sulle braccia e sulle gambe, con ulcerazioni delle piccole labbra e onissi delle unghie delle mani e dei piedi. Cullerier in dieci anni di servizio

[1] TYLER SMITH, London Lancet, ediz. am. luglio 1856, p. 4.
[2] Discussione tenuta alla Société de Chirurgie. Seduta di maggio 31, 1854: Gaz. des Hôp. 1854, p. 246.

all'Hôpital de Lourcine a Parigi, non osservò che due casi di eruzioni sifilitiche al momento della nascita, uno di roseola e l'altro di placche mucose all'ano.[1] Victor de Méric dice che su quarantasei casi di sifilide ereditaria curati da esso lui in bambini nati vivi, solo due presentarono distinti sintomi di sifilide al momento della nascita. Possiamo quindi concludere che, tranne l'eruzione di pemfigo e tranne le alterazioni specifiche viscerali, le lesioni sifilitiche manifeste all'atto della nascita, quantunque si possano vedere qualche volta, tuttavia si incontrano di rado.

Nella massima parte dei casi, i sintomi della sifilide congenita si manifestano nei primi pochi mesi dalla nascita; questo è un fatto di molta importanza; poichè quando i genitori sono soggetti sifilitici, se mostrano qualche ansietà per l'avvenire dalla loro prole, si può quasi rassicurarli che se la sifilide non si manifesta entro questo tempo nel bambino, è assai probabile che ne vada esente.

Di 158 casi raccolti da Diday da varie fonti, la malattia si dichiarò: —

Prima della fine del primo mese dopo la nascita in . . .	86
» » secondo » » . . .	45
» » terzo » » . . .	15
A quattro mesi in	7
A cinque »	1
A sei »	1
Ad otto »	1
Ad un anno dalla nascita in	1
A due anni »	1

Risulta da questa tavola che la maggior parte delle volte la sifilide erompe nei primi tre mesi dalla nascita nei bambini affetti da lue; e che oltrepassato questo periodo felicemente, è molto probabile che non si manifesti altro sintomo sifilitico.[2]

Altri autori giunsero a conclusioni simili. Dice Trousseau che, in via generale, la sifilide congenita si dichiara entro il primo mese; qualche volta durante il secondo, il terzo o il quarto; assai di rado al quinto; non ne ha veduto che un solo caso al settimo

[1] Emile Vidal, De la Syphilis Congénitale, Thèse, Paris, 1860, p. 8.
[2] Diday, op. cit.

mese. [1] Secondo Cullerier è raro che nei bambini affetti da sifilide ereditaria, oltrepassi il sesto mese senza che si manifesti la malattia; però egli fu testimonio di vederla dichiararsi all'ottavo, al nono, al decimo mese, ma non mai dopo un anno dalla nascita.

Diday conclude che non v'è nesso alcuno tra il periodo di sviluppo, carattere e decorso della sifilide congenita, e il modo particolare d'origine di essa; in altre parole, che l'evoluzione e la natura dei sintomi saranno essenzialmente le stesse, sia che la malattia nel bambino abbia avuto origine al momento della fecondazione, sia che abbia incominciato durante la gravidanza.

Ultimo tempo di sviluppo della sifilide congenita. — Abbiamo veduto che la sifilide congenita quasi sempre si dichiara entro un anno, per lo più entro tre mesi dalla nascita, e che sono pochissimi i casi eccezionali che oltrepassino l'anno. E qui ci si presenta una quistione importante; se cioè il periodo di latenza della sifilide congenita possa essere prolungato indefinitamente, se un bambino possa portare nel suo organismo il germe non sviluppato dalla malattia fino alla pubertà od anche fino all'età adulta, prima che questo germe si dichiari con esterne manifestazioni. La soluzione di tale questione è circondata da molte difficoltà, poichè si vuole per ciò, che sia stabilita con certezza la natura sifilitica dei sintomi, l'assenza di contagio diretto, e la precedente infezione dei genitori. Molti dei fatti riferiti non soddisfano a queste condizioni; altri danno una risposta affermativa probabilissima. Diday cita i seguenti casi: —

Una lavandaja di Orleans, di costituzione grama, ma tollerabilmente sana fino allora, si maritò nel 1824. A gravidanza completa diede in luce un bambino che andò rapidamente deperendo e si spense al diciasettesimo giorno, con piccole pustole bianche intorno alle unghie. Dopo un anuo ebbe un secondo figlio, ora già all'età di oltre due anni e sano.

Poco tempo dopo averlo divezzato, ella s'accorse di tre ingros-

[1] Union Médicale, 1857, p. 182.

samenti o tumoretti che le si svilupparono sul suo proprio corpo, uno sulla clavicola sinistra, il secondo al margine interno del muscolo sterno-cleido-mastoideo, e il terzo presso il gomito dello stesso lato. Il primo suppurò tosto, e l'orifizio si convertì in una larga ulcerazione.

Dopo cinque mesi di questa malattia, questa donna entrò nell'ospedale. Al punto accennato, osservavasi un ulcero con margini rossi, ripidi, a base grigia. Più tardi ebbe un nodo doloroso sulla tibia sinistra. Sugli organi genitali non si potè scoprire alcuna traccia di affezione venerea primitiva. Ella asserì di non avere avuto nessun rapporto con altri fuor che col marito, il quale a quanto ella disse, non ebbe mai sifilide prima del matrimonio, e dopo d'allora stette sempre sano. Ella però sapeva che suo padre aveva comunicata parecchie volte la malattia venerea a sua madre, e che quest'ultima ebbe poscia a patirne anche dopo la nascita di essa lei. La cura mercuriale guarì rapidamente l'ulcero. [1]

Noi troviamo in Rosen il caso di una ragazza di undici anni, fresca come una rosa, nella quale la sifilide ereditaria si manifestò colla forma di ingrossamento e suppurazione delle ghiandole del collo e del naso, carie del palato, ed ulceri corrodenti della faccia. [2]

L'opera di Cazenave [3] sulle affezioni sifilitiche, contiene la storia di due casi di malattia detti da lui di sifilide ereditaria, osservati in due ragazze, una di nove anni, l'altra di diciotto, nella qual'ultima i sintomi incominciarono a manifestarsi a dieci anni. Esse ebbero eruzioni tubercolari e serpiginose che produssero effetti serj. Fu impossibile lo scoprire alcuna traccia di lesioni primarie, l'esistenza delle quali tornava assai improbabile a motivo dell'età cui apparvero i fenomeni secondarj. La prima guarì coll'amministrazione del protojoduro di mercurio.

Trousseau riferì la storia di una ragazza di diciannove anni, nella quale egli stesso osservò, nel 1826 un ulcero (?) alla parte posteriore della gola. A sei anni ell'aveva avuto esostosi sulle gambe, e durante i sei anni susseguenti, dolori notturni che non cessarono

[1] GIBERT, Journ. Univ. des Sciences, Méd. T. IV, p. 100.
[2] Maladies des Enfants, p. 843.
[3] Traité des Syphilides, p. 542.

fino al comparire della mestruazione, per ritornare poi dopo. Probabilmente, dice Trousseau, v'era sifilide ereditaria od acquisita all'atto della nascita. Questi sintomi guarirono colla cura antisifilitica.

Sperino[1] vide un bambino nato da madre che morì di sifilide; questo bambino, sano in principio quantunque gracilino e scrofoloso, ebbe ulcerazione del palato all'età di undici anni. Curato solo con rimedj antisifilitici ed antiscrofolosi, l'ulcero continuò ad estendersi, e distrutto il palato molle perforò il palato duro. Queste alterazioni occuparono due anni a compiersi. Quando Sperino osservò questo bambino, all'età di tredici anni, era pallido, emaciato, con espettorazione purulenta, tosse e febbre quasi incessante con esacerbamenti vespertini. Egli credette dapprima all'esistenza di tubercoli polmonali, ma l'ascoltazione dimostrò che non ve n'era. Diagnosticato il carattere sifilitico della lesione, si incominciò la sifilizzazione. Ma non ostante il miglioramento pronunciato che seguì, dopo quattro mesi di questa cura, si manifestarono nuovi ulceri in gola; si ricorse all'ioduro di potassio il quale somministrato fino a 630 grani, completò la guarigione.

Ricord non esita ad ammettere il tardo sviluppo della sifilide congenita, attribuendone la tardanza all'effetto della cura fatta alla madre durante la gravidanza; egli domanda, assai giustamente, perchè i rimedj specifici i quali possono ritardare l'evoluzione dei sintomi generali nell'adulto, non abbiano ad agire egualmente sul feto *in utero.*[2] Fournier[3] dà un breve sommario di due casi, osservati in due pazienti di venticinque anni; essi presentarono pressochè gli stessi sintomi, cioè, tumor gommoso del velo del palato, e tubercolo ulcerato sulla parete posteriore della faringe; mancando ogni altra prova di diretto contagio, Ricord ascrisse queste lesioni a lue ereditaria, soggiungendo d'aver veduti soggetti nei quali la sifilide ereditaria non si manifestò fino ai quarant'anni. —[4]

Richiamo in proposito al lettore le idee di Hutchinson sulla natura sifilitica della — cheratite strumosa — così detta, e delle in-

[1] Sifilizzazione studiata qual mezzo, ecc. 1853, p. 454.
[2] Disputa sulla sifilide ereditaria alla Sect. de Chirurg. seduta di maggio 31, 1854.
[3] De la Contagion Syphilitique, p. 11.
[4] Disputa all'Acad. Impé. de Méd., seduta 8 ottobre, 1853.

taccature dei denti incisivi permanenti, cui già accennammo nel capitolo sulle affezioni sifilitiche degli occhi.[1]

SINTOMI. — Molti sintomi di sifilide congenita sono identici a quelli di sifilide acquisita; di questi non c'è quindi bisogno che si faccia qui la descrizione; mi occuperò invece di quelli solo che sono particolari ai soggetti di lue ereditaria.

ASPETTO DEI BAMBINI SIFILITICI. — I bambini affetti da sifilide congenita, non presentano, generalmente parlando, nessuna particolarità quando nascono; tosto dopo però l'evoluzione dei sintomi generali, quasi sempre vanno deperendo, ed assumono un particolare sembiante simile a quello di un'età avanzata e che fu denominato: decrepitezza in miniatura. — La cute perde il liscio e la freschezza della prima età, si raggrinza, impallidisce; gli occhi e le guance si infossano; la bocca si circonda di rughe e richiama l'idea dell'apertura d'una borsa stretta da un legaccio; il palmo delle mani e la pianta dei piedi secchi, raggrinzati, spesso crepati; il bambino presenta insomma l'aspetto di un vecchio. Spesso la pelle prende una tinta fuligginosa particolare, che Trousseau ritiene affatto caratteristica della sifilide acquisita e la descrive così: — La tinta fuligginosa manca assai di rado, quantunque varii in estensione, in intensità, e in tempo nel quale compare. Certe volte occupa pressochè tutta la superficie cutanea, ma anche allora è assai pronunciata alla sua sede d'elezione; alle volte si limita alla faccia, alcune porzioni della quale ne sono più facilmente affette. Generalmente parlando, è meno pronunciata quanto più è diffusa. La sede favorita di essa è la porzione inferiore della fronte, il naso, le palpebre, e le parti più sporgenti delle guance. Le parti più profonde, quali sarebbero l'angolo interno dell'orbita, l'infossamento delle guance, e la depressione che separa il labbro inferiore dal mento, ne vanno quasi sempre esenti; però non le si possono assegnare confini stabili. —[2]

[1] Vedi pag. 377.
[2] Arch. Gén. de Méd. 4. serie, T. XV. p. 159, 1847.

Coriza. — È una delle prime e delle più frequenti manifestazioni di sifilide congenita; anzi in alcuni pochi esempj, è il solo sintomo presente. Incomincia con una scarsa secrezione sierosa dalle narici, i margini delle quali si arrossano e si coprono di piccole pustule, di placche mucose o di fessure. Col progredire della malattia la secrezione diventa purulenta e saniosa; le vie nasali si ostruiscono coll'essiccarsi di materia e colla formazione di croste; la respirazione si fa in modo caratteristico a codesta affezione; e la difficoltà a respirare liberamente dal naso, rende difficilissimo ed anche impossibile il succhiare latte dal seno della nutrice; onde la nutrizione del bambino è incompleta e certe volte anzi s'arriva alla morte per inedia. Nei casi gravi s'ammalano i tessuti ossei e cartilaginei, si perfora il setto del naso, o il naso si schiaccia. La malattia certe volte affetta la gola e la laringe, e rende la voce rauca o fioca assai da non poterla quasi più sentire.

La coriza sifilitica incomincia nella membrana mucosa, la quale, come dimostrò Diday, diventa sede di placche mucose o di pustule simili a quelle che si trovano sulle altre superficie mucose. A queste poi succedono delle ulcerazioni che interessano secondariamente le ossa e le cartilagini.

Affezioni della pelle e delle membrane mucose. — Un sintomo ancora più frequente e caratteristico della sifilide congenita e che manca assai di rado, è l'eruzione di placche mucose. Nei bambini come negli adulti, la sede favorita di questa eruzione sono le vicinanze delle aperture dei canali mucosi, specialmente all'ano; ma a motivo dell'umidore integumentale a questa età, le placche mucose sono sovente più larghe che negli adulti, e possono nascere su qualunque parte della superficie cutanea. Sono frequentissime sulle natiche, sullo scroto, sulla vulva, sulle cosce, intorno all'ombelico, alle ascelle, dietro alle orecchie, e sui labbri; si osservano anche sull'epicranio, dove non si trovano mai negli individui adulti. Sono distinte sulle cosce e sul tronco, ma sono spesso confluenti alla ripiegatura genito-crurale, e intorno al margine del-

l'ano; in quest'ultima situazione si ulcerano sovente, onde ragadi e fessure che si irradiano dall'orifizio dell'ano. Esalano un odore caratteristico assai penetrante, specialmente se non si mantiene la massima pulizia.

Quando hanno sede su una superficie mucosa, queste placche hanno un aspetto opalino, come se toccate con un lapis di nitrato d'argento. Sono rare sulla lingua, ma frequenti sulla superficie interna dei labbri e delle guance, alla base delle gengive, e sulle fauci, colà diventano fonte pur troppo frequente di contagio dal bambino alla nutrice.

Sieno esse situate sulla pelle o sulle membrane mucose, l'aspetto di questa eruzione non è materialmente diverso da quello che ebbimo occasione di descrivere in un capitolo precedente.

ERITEMA SIFILITICO. — L'eritema sifilitico è raro nei soggetti di sifilide congenita, quantunque ne siano stati riferiti molti casi. Bassereau ne cita un esempio, nel quale si manifestarono delle macchie rosse sul ciglio e sulle guance il terzo giorno dopo la nascita; presentavano il color di rame e la leggiera elevazione particolare alla forma papulosa dell'eritema sifilitico. Il quarto giorno si manifestò la coriza sifilitica e il bambino morì al quindicesimo giorno. [1]

PEMFIGO. — Il pemfigo, a differenza delle altre eruzioni sifilitiche, è frequente al momento della nascita. È caratterizzato da larghe vesciche ripiene d'uno siero gialliccio spesso mescolato a sangue; queste vesciche hanno per base delle macchie di integumento color violaceo o azzurrognolo. Sede favorita è il palmo della mano e la pianta del piede, qualche volta però si vedono altrove. Nella maggior parte dei casi, alcune vescicule sono già rotte prima della nascita del bambino; si vede allora la pelle sottoposta arrossata ed erosa superficialmente, o, in qualche esempio, più o meno profondamente ulcerata. La prognosi è sfavorevolissima, poichè l'e-

[1] Op. cit. p. 541.

sito più frequente è la morte. Altre volte il pemfigo sifilitico non si manifesta che alcune ore o alcuni giorni dopo la nascita, e se il bambino sopravvive, l'eruzione si dissipa generalmente in tre settimane.

Si disputò non poco sulla questione: se l'eruzione pemfigoide dei bambini fosse da ritenersi quale immediato risultato della sifilide, oppure quale conseguenza della cachessia generale prodotta dalla lue ereditaria. È codesta per altro una questione di poca importanza, poichè l'eruzione non la si incontra mai o quasi mai nella prole di genitori non sifilitici.

Si osservano altre eruzioni sifilitiche nei soggetti di sifilide congenita; e queste sono le pustule (impetigine sifilitica ed ectima), e i tubercoli profondi del tessuto cellulare.

Le papule e le squamme sifilitiche, le forme non ulcerate di tubercoli, sono rare a questa età.

Patereccio. — Il patereccio sifilitico si osserva qualche volta nei bambini, ma è più raro che negli adulti.

Suppurazione della ghiandola timo. — Paul Dubois, [1] nel 1850, fu il primo a segnalare certe alterazioni patologiche che si osservano nella ghiandola timo dei bambini nati morti, o che muojono pochi giorni dopo la nascita, per sifilide ereditaria. Esternamente la ghiandola è di volume, di colore e di consistenza, come di solito: ma incidendone la sostanza e premendo la superficie da taglio si vedono essudare alcune gocce di fluido gialliccio, che esaminate al microscopio trovansi essere pus. Nei casi osservati da Dubois, la materia purulenta era uniformemente diffusa nel tessuto ghiandolare; ma Dessaul, [2] Weber, [3] ed Hecker [4] osservarono degli ascessi del timo.

La ghiandola timo contiene naturalmente un fluido bianchiccio,

[1] Gaz. Méd. de Paris, 1850, p. 392.
[2] Gaz. Méd. de Paris, 1851.
[3] Beiträge zur Path. Anat. der Neugeboren. Kiel, 1852, Vol. II, p. 75.
[4] Verhandl. der Berliner Gesells. für Geburtshülfe, Vol. VIII, p. 117.

viscido, che si può distinguere con facilità dalla suppurazione che dipende da sifilide. Nei cinque casi di questa lesione osservati da Dubois e Depaul, c'era in quattro un'eruzione di pemfigo; in quattro ancora si poterono verificare gli antecedenti sifilitici dei genitori. Virchow [1] cita un caso riferito da Lehmann, nel quale si trovarono delle tuberosità del tessuto congiuntivo che aveva subita la degenerazione adiposa, nella ghiandola timo, nella dura madre, e nel fegato; però non si potè verificare esattamente la storia dei genitori.

ALTERAZIONI DEI POLMONI. — Nel 1851, Depaul annunciò che egli aveva trovato delle masse particolari di indurimento nei polmoni di bambini affetti da sifilide congenita. La Società Anatomica di Parigi trasmise a Lebert perchè li esaminasse al microscopio, alcuni esemplari di questa lesione forniti da Depaul, e Lebert riferì quanto segue: — Nelle masse di indurimento non c'è alcuna traccia di pus. Il tessuto presenta un color giallo particolare, è elastico e resistente. Negli interstizj della rete del tessuto polmonare normale, trovasi mescolata ad elementi fibro-plastici una sostanza molle, polposa, diffusa, contenente delle piccole cellule diverse da quella del cancro e del tubercolo, che rassomigliano sotto ogni aspetto a quelle che si osservano nelle gomme sifilitiche. Questi esemplari, quindi, si possono ritenere quali primo stadio di gomme polmonari, le quali si manifestano in principio come masse indurite, ed assumono poscia un aspetto giallognolo e polposo, e finalmente si rammolliscono fino a rassomigliare l'infiltramento purulento o gli ascessi. [2] — Nel suo trattato di anatomia patologica, Lebert dà una tavola che rappresenta una di queste masse di indurimento, ch'egli paragona a certe ulcerazioni prodotte dalla pneumonite. [3]

Virchow descrive così il risultato delle sue ricerche cadaveriche: — A Würzburg dove la sifilide ereditaria è comunissima, trovai che un gran numero di bambini muojono in conseguenza di una

[1] La Syphilis Constitutionnelle, p. 158.
[2] Bulletin de la Soc. Anatom., 1852, p. 23.
[3] Traité d'Anatomie Pathologique, Pl. XIII, fig. 3, 4.

particolare forma di bronco-polmonite. L'esame microscopico rivelò l'esistenza di una sostanza arida e resistente, assai analoga all'infiltramento tubercolare, che era racchiusa negli alveoli polmonari e che consisteva di cellule strette le une alle altre per la massima parte puriformi. La maggior parte di questa sostanza subì rapidamente la metamorfosi adiposa e rimase nelle vesciche polmonari, sotto forma di detritus granulare, Ho però veduto questa lesione indipendente da alcuna diretta relazione colla sifilide. Nei bambini solamente atrofici, trovai spesso intorno ai bronchi dove essi entrano nei lobi polmonari, ed anche sparso nei polmoni, un abbondante infiltramento insieme a raccolte granulari e ad ascessi, perfettamente rassomiglianti al così detto tubercolo. Ora è difficile il determinare come si abbia a riconoscere il carattere sifilitico di tali polmoniti. Io mi astengo dall'esprimere l'opinion mia su certe lesioni cicatriziali e caseose, alcune delle quali assai probabilmente dipendono da sifilide. [1] —

Alterazioni del fegato. — Delle varie alterazioni viscerali che furono ascritte alla sifilide, quelle delle quali si è più certi son forse le alterazioni che si osservano nel fegato e che furono accennate da Gubler pel primo nel 1848. [2] La descrizione di queste lesioni fatte da Diday, è così chiara, così completa ch'io non posso a meno di valermene.

— Quando la lesione ha raggiunto il maximum, il fegato è sensibilmente ipertrofico, globulare, duro. È resistente alla pressione, ed anche premuto fra le dita queste non vi lasciano alcuna impressione. L'elasticità dell'organo è tale che se se ne comprime fra le dita un pezzettino, questo sfugge e rimbalza sul terreno come un nocciolo di ciliegia. È leggiermente scrosciante al taglio. La distinta natura delle due sostanze epatiche è completamente scomparsa. Su un fondo gialliccio uniforme, si vede uno strato più o meno stipato di piccoli granuli opachi e bianchi, che hanno l'aspetto dei grani di semola, con delle fine arborescenze formate da vasi

[1] Op. cit. p. 156.
[2] Gaz. des Hôpitaux, 1848.

sanguigni vuoti. Colla pressione non esce sangue, ma solo uno siero leggiermente giallognolo che deriva dall'albumina. Gubler vide tre volte solo l'alterazione spinta a questo punto. La maggior parte delle volte è molto meno pronunciata; il tessuto dell'organo è sodo, senza avere l'estrema durezza e il color giallo che richiamano l'idea di alcune sorta di selce. L'interno dell'organo presenta un colore quasi indefinito, velato di giallo o di rosso bruno più o meno diluito; ma non c'è punto del parenchima che sia veramente sano d'aspetto.

— Come anche l'alterazione può riscontrarsi solo in alcune parti circoscritte. Gubler la vide limitata al lobo sinistro, al piccolo margine del lobo destro ed al lobulo dello Spigelio. Si assicurò colle injezioni che nel tessuto indurito, la rete vascolare è pressochè impermeabile; che i vasi capillari sono obliterati, e che anche il calibro dei vasi maggiori è diminuito d'assai. L'esame microscopico gli rivelò la causa di questa disposizione, dimostrandogli la presenza di una materia fibro-plastica, certe volte in quantità considerevole, certe volte in quantità enorme, nel tessuto alterato dell'organo ad ogni grado di alterazione. Nelle porzioni che stanno frammezzo alle parti malate, le cellule del parenchima epatico serbano tutti i caratteri della loro condizione consueta. Le conseguenze fisiche del deposito di questi elementi, sono l'aumentato volume del fegato, la compressione delle cellule degli acini, l'obliterazione dei vasi, e quindi il cessare della secrezione della bile. In tutti i cadaveri esaminati da Gubler, ci trovò sempre la bile della cistifellea di color giallo pallido ed assai viscosa; cioè assai ricca di muco e povera di materia colorante.

— Il sangue quasi sempre ha subìto un cambiamento pronunciato; la sua parte solida ha la consistenza della gelatina molle, scorrevole; la parte fluida è di un'abbondanza fuor dell'ordinario. In un soggetto, questo cambiamento coincideva con uno scolorimento estremo di tutti i tessuti e con ecchimosi innumerevoli. In un caso, i polmoni presentavano i caratteri di polmonite acuta; e in due altri, quello della polmonite cronica o pancreatiforme. Finalmente, i sintomi sifilitici concomitanti erano placche di psoriasi, pustule di ectima lenticolare, placche mucose, fessure alla circonferenza delle aperture naturali e nelle ripiegature delle articola-

zioni, e infiammazione delle fosse nasali con secrezione purulenta e sanguigna. [1] —

Gubler ritiene che queste lesioni siano della stessa natura dei tumori gommosi, e quindi le classifica tra i sintomi terziarj. Diday invece, ritiene che l'indurimento del fegato sia identico a quello della base dell'ulcero e dei ganglj vicini, e quindi lo pone fra le forme secondarie. Il fatto che queste lesioni cedono più facilmente ai mercuriali, favorirebbe quest'ultima classificazione.

I sintomi di questa affezione, per quanto si poterono determinare, sono: un'eccessiva inquietudine del bambino il quale pare soffrir molto, vomito, diarrea, costipazione, ingrossamento e sensibilità dolorosa dell'addome, polso piccolo, frequente. Col tatto e colla percussione si può forse verificare un aumento di volume e di densità del fegato. In nessuno dei casi riferiti non si parlò mai di itterizia; però, secondo Emilio Vidal, [2] Gubler ne vide un caso non ancora pubblicato. La prognosi di questa alterazione è assai sfavorevole, e generalmente le tiene dietro la morte in pochissimi giorni.

PERITONITE. — Il Professore Simpson [3] di Edimburgo ascrive alla peritonite la maggior parte delle morti nei casi di bambini che muojono negli ultimi mesi di gravidanza e che sono figli di genitori sifilitici. Però bisogna aspettare ulteriori osservazioni per determinare se la sifilide congenita possa produrre la peritonite semplice indipendentemente dall'indurimento del fegato, col quale era associata in alcuni casi di Gubler.

AFFEZIONI DEL PERIOSTIO E DELLE OSSA. — Queste affezioni sono indubitatamente rare, quantunque certe volte le si incontrino qual effetto di sifilide congenita; oltre ai casi già esposti nel decorso di quest'opera, accennerò anche i seguenti:

[1] De la Syphilis des Nouveau-nés.
[2] De la Syphilis congénitale, Paris, 1860, p. 32.
[3] Obstetric Memoirs, Edin., 1856, Vol. II, p. 172.

Underwod [1] vide un esostosi sul cranio di un bambino nato da madre sifilitica che era stata infetta dal marito.

Bertin [2] osservò una periostosi alla superficie posteriore superiore del cubito, in un bambino di trentacinque giorni che aveva il corpo coperto da pustule.

Laborie [3] cita un caso di carie della tibia in un soggetto che presentava pemfigo congenito.

Cruveilhier [4] parla di un bambino nato a termine, poco sviluppato, che presentava pustule in diverse parti del corpo; la dura madre corrispondente all'angolo di unione delle ossa frontali colle pareti superiori dell'orbita era infiltrata di pus, e le ossa stesse denudate ed erose per una parte di spessore.

Bouchut [5] descrisse un'affezione delle ossa lunghe, diversa dalla carie e dalla degenerazione del periostio, e ch'egli dice di avere osservata sovente nei soggetti di sifilide ereditaria. Invece della struttura consueta delle ossa, a tale età molli, spugnose, vascolari, imperfettamente formate, facili al taglio, trovò le parti medie della tibia e del femore, solide, compatte, eburnee, e che si possono dividere con uno strumento di taglio. Bouchut suppone che questi cambiamenti indichino una attività insolita nello sviluppo del tessuto osseo, simile all'essudato plastico che avviene in questi organi.

IDROCEFALO. — Gros, Lancereaux, [6] Rayer, Haase [7] e De Meric, [8] attribuirono l'idrocefalo alla sifilide ereditaria; furono riferiti diversi casi dai quali risulta probabilissima la relazione di causa ad effetto tra queste due malattie.

[1] Traité des Maladies des Enfants, Paris, 1786, p. 361.
[2] Traité de la Maladie Vénérienne chez les Enfants Nouveau-nés, p. 69.
[3] Seduta dell'Academ. di Méd. 1 luglio, 1857.
[4] Anatomie Pathologique, 10 ottobre.
[5] Traité Pratique des maladies des Nouveau-nés, 1854, p. 861.
[6] Memoria premiata dall'Academia, 1859, (come dice Emilio Vidal, op. cit. p. 33.)
[7] Allgemein. Med. Annal., feb., 1829, p. 194.
[8] Lettsomian Lectures, 1858, p. 65.

Affezioni delle capsule soprarenali e del pancreas. — Vichow[1] dice di avere osservato l'accresciuto volume e la completa degenerazione adiposa delle cellule soprarenali, come anche la degenerazione adiposa del pancreas, in bambini affetti da sifilide congenita.

Prognosi. — La mortalità per sifilide congenita senza dubbio è maggiore d'assai della mortalità dipendente da sifilide acquisita, quantunque manchino le statistiche che potrebbero servire a determinare l'esatta proporzione delle morti. Basserau[2] dice che l'esame delle sue note e dei casi riferiti da altri, lo inducono a credere che, in un terzo almeno, avviene la morte entro pochi mesi dalla nascita. Trousseau[3] non ha mai veduto guarire un bambino quando la malattia comparve pochi giorni dopo il parto.

Cura. — La convenienza di curare una donna gravida affetta da sifilide, fu argomento di lunghe dispute, e certe volte anzi la si respinse, dicendo che il mercurio era causa potente di aborto, e che la morte e l'espulsione del feto dipendevano più spesso dall'amministrazione di questo minerale che dalla sifilide stessa. È inutile ch'io mi addentri negli argomenti che si esposero in favore e contro questa supposizione; basti il dire che i chirurghi moderni, tranne poche eccezioni, ritengono che questi timori siano chimerici, e credono che la cura specifica della madre, sia il mezzo più sicuro per prolungare la gravidanza fino a termine e salvare il bambino dopo il parto. Le idee di Ricord in proposito sono assai esplicite e decise. Egli dice: — il periodo della gestazione nella donna, lungi dall'esser una controindicazione ad una cura energica, richiede maggior attenzione, maggior prontezza, entro i limiti della prudenza. Io ho veduto assai maggior numero di aborti in donne si-

[1] La Syphilis Constitutionnelle, p. 161.
[2] Op. cit. p. 544.
[3] Leçons sur la Syphilis Congénitale, Union Médicale, 1857.

filitiche che non subirono cura, che non in quelle che osservate a tempo, furono sottoposte ad una medicazionc metodica. —

Ci sono molte ragioni per credere che, in quei casi nei quali parve che il mercurio favorisse l'aborto, ciò avvenne solo in conseguenza dell'effetto irritante dei mercuriali sul canale intestinale, non già in forza d'una facoltà abortiva, inerente al rimedio stesso. Colson[1] riferì sei casi di aborto di donne che erano state sottoposte a cura mercuriale; Bertin[2] analizzando questi casi, dimostrò che in quattro fuvvi vomito violento, nella quinta convulsioni al sesto mese di gravidanza, nel sesto caso si era incominciata la cura solamente quindici giorni prima e non era scorso un tempo sufficiente ad ottenerne pieno effetto; ondc, secondo Bazin, non c'era alcun motivo per ascrivere la morte del feto al giudizioso impiego del mercurio.

La simpatia che corre tra il canale intestinale e l'utero è abbastanza conosciuta, onde nella cura antisifilitica di donne gravide dovremo avere tutta la diligenza onde evitare alcuna azione irritante sullo stomaco o sugli intestini. Fortunatamente si può raggiungere questo fine e al tcmpo stesso quello di un completo effetto del rimedio, mediante le unzioni mercuriali, il qual metodo è il migliore di tutti in questi casi. Bell manifestò pure la stessa opinione già da molto tempo. Egli dice: — Durante la gravidanza bisogna adoperare sempre il mercurio sotto forma di unzione; poichè così si impedisce colla massima certezza ch' esso agisca sullo stomaco e sugli intestini, e si impedisce che avvenga l'aborto quale effetto dell'irritazione prodotta in queste parti. Infatti null'altra cosa eccita più facilmente l'aborto dei purganti quando agiscono seriamente sugli intestini, oppure quando producono solo un considerevole grado di tenesmo; siccome l'amministrazione interna del mercurio ne è spesso causa, è quindi un gran rischio il darne in molta quantità durante la gravidanza.[3] —

Quando si sa che il padre era affetto da forme sifilitiche al tempo della fecondazione, oppure quando pei precedenti aborti si

[1] Archives Gén. de Méd. 4. serie, T. XVIII, p. 24.

[2] Comte rendu des Travaux de la Société de Médecine de Bruxelles, 1858. p. 82, (riferito da Emilio Vidal, op. cit. p. 84).

[3] A Treatise on Gonorrhœa Virulenta, ecc. Edin. 1793, Vol. II, p. 435.

ha ragione a credere che la malattia, quantunque in apparenza latente in esso lui, pure sia ancora sì attiva da infettare l'ovo, è prudente il sottoporre la madre ad una cura durante la gravidanza, precisamente come se ella medesima avesse presentate delle manifestazioni sifilitiche.

Lo stesso metodo di cura consigliato per la madre, cioè le unzioni mercuriali, non è meno conveniente per un bambino affetto da sifilide congenita. L'amministrazione interna del mercurio eseguita mediante una delle seguenti formole, può riuscir bene qualche volta, ma pure irrita gli intestini troppo sovente, e, secondo l'esperienza mia, se ne ottiene risultati molto meno soddisfacenti che non col metodo dell'unzione.

Mercurio con creta centigrammi 10-30.
Zucchero bianco centigrammi 60.
M. e div. in parti eguali N. XII.

Da prenderne una tre volte al giorno.

Bicloruro di mercurio centigrammi 2-5.
Cloruro d'ammoniaca centigrammi 15.
Siroppo di papavero grammi 60.
Acqua grammi 120.
M.

Un piccolo cucchiajo tre volte al giorno.

I francesi usano sovente la soluzione di Van Swieten e il mercurio gommoso di Plenck; [1] essi adoperano anche bagni con dentro da 1 a 3 grammi di bicloruro di mercurio. Io preferisco la polvere grigia data internamente.

Sir Beniamino Brodie [2] espone così i vantaggi dell'unzione mer-

[1] Il mercurio gommoso di Plenck contiene mercurio 15 grani (75 centigrammi), polverizzato con gomma arabica 45 grani (2 grammi e 25 centigrammi), e sciroppo di diacodio (elettuario che contiene una piccola quantità di estratto di papavero) 1 dramma (3 grammi). Tritura in un mortajo di porcellana fino a che non si vede più mercurio. Dose, mezza dramma in un conveniente veicolo. (Diday).

[2] Clinical Lectures on Surgery, Phil. ed., 1846, p. 230.

curiale e il metodo di valersene: — Il modo col quale io tratto questi casi già da alcuni anni è il seguente: distendo dell'unguento mercuriale, fatto colla proporzione di una dramma per oncia, su una fascia di flanella che ravvolgo intorno al bambino una volta al giorno. Il bambino si dimena, ed avendo una cuticola assai fina, il mercurio viene assorbito; così non si hanno nè dolori colici, nè effetto purgativo, nè affezioni delle gengive, bensì si guarisce la malattia. Io mi son valso di questo metodo in moltissimi casi e con buonissimi risultati. Pochissimi bambini guariscono colla cura mercuriale interna, ed io non ho veduto un solo caso che non sia riuscito bene con questo mio metodo. —

Non bisogna già desistere dalla cura tosto che sono dissipati i sintomi sifilitici, bensì bisogna continuare per diversi mesi ancora, come misura profilattica.

Trattandosi d'una malattia che fa progressi così rapidi, che è tanto dannosa e devastante nell'azion sua come la sifilide congenita, non si può riposare sul metodo di cura indiretta, mediante rimedj somministrati alla nutrice del bambino malato. Lutz e Personne analizzarono diligentemente il latte di nutrici sottoposte a cura mercuriale, qualche volta fino al punto della salivazione, ma non poterono trovare la minima traccia di questo minerale. Gli esperimenti sugli animali però ci direbbero che si potè trovare una minima quantità di mercurio nel latte d'una capra ridotta alla salivazione mediante le unzioni mercuriali; e si riferirono altresì dei casi di bambini guariti dalla sifilide congenita, avendoli nutriti col latte d'una tal capra. Ci son però delle ragioni ovvie perchè non si possa adottare generalmente questo metodo, quand'anche ne fosse pienamente stabilita l'efficacia.

Amministrando l'ioduro di potassio alla nutrice del bambino malato, c'è assai maggior probabilità che il rimedio passi per la secrezione mammaria; si può adoperare sovente questo metodo con vantaggio, quale coadjuvante alla cura diretta del bambino.

La cura locale dei sintomi sifilitici, è la stessa nel bambino come nell'adulto; però bisogna serbare la massima nettezza, e preservare con tutta diligenza le parti affette dal contatto coll'orina e colle feci.

FINE DEL SECONDO ED ULTIMO VOLUME.

INDICE ALFABETICO

A

B

C

D

E

F

G

H

I

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

				ERRATA	CORRIGE.
Pag.	31	linea	12	ulcero infettante .	Ulcero non infettante.
»	213	»	28	H. Parter . . .	H. Porter.
»	223	»	10	Canobbio 41 . .	Canobbio, d'anni 41.
»	242	»	23	Parcker	Parker.
»	267	»	25	dissipare . . .	dissipate.
»	298	»	6	posso	possono.
»	308	»	8	quella.	quelle.
»	324	»	37	l'adoperare . . .	adoperare.
«	363	»	31	Lusco.	Cusco.
»	364	»	34	poi rileva . . .	poichè rileva.